

ISSN 0326 - 7474



experiencia médica

Volumen XV - Nro. 3

Julio-Setiembre 1997

Publicación del Hospital Privado
Centro Médico de Córdoba S. A.

Naciones Unidas 346

Barrio Parque Vélez Sársfield

5016 Córdoba

Tel.: 688200 - Fax: 688272

Impresa en OFFSET NIS

La Rioja 2142-Tele/Fax:

806346/808885-5003 Córdoba

Registro Nacional de la

Propiedad Intelectual N° 12981

Se autoriza la reproducción,
Total o parcial, citando la fuente.

Editor Responsable

Dr. Domingo Babini

Comité Editor

Dr. Eduardo Cuestas

Dr. Roberto Madoery

Dr. Ricardo Yofre

Consejo de Redacción

Dra. Teresita de Alvarellos

Dr. Tomás Caeiro

Dra. Norma Canals de Cohen

Dr. Héctor Eynard

Dr. Juan José García

Dr. Joaquín Kohn

Dr. Pablo Massari

Dr. Gustavo Muiño

Número 40° Aniversario

INDICE

Gestores de la idea de crear un Hospital Privado independiente.
EDITORIAL - Hospital Privado 1947 - 1957 - 1997. 88/91

EXPERIENCIA EN TRASPLANTES DE ORGANOS

Los trasplantes renales en nuestra Institución.

Dr. Pablo Massari y Dra. Graciela de Boccardo 92/93

Trasplantes cardíacos.

Dr. Roque Córdoba y Dr. Marcos Amuchástegui 94/96

Trasplantes de médula ósea.

Dr. Juan José García y Dr. Emilio Palazzo 94/100

Trasplante pulmonar

Dr. Ricardo Navarro 101/103

TRABAJO DE INVESTIGACION

Utilidad de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en el monitoreo de infección por citomegalovirus (CMV) humano en el período inmediato post-trasplante renal.

Dra. Teresita de Alvarellos, Bioq. Valeria Mas, Bio. Susana Albano, Dr. Constanancio Giraudo, Dr. Pablo Massari y Dra. Graciela de Boccardo. 104/108

TRABAJOS DE CASUISTICA

Tratamiento quirúrgico de las comunicaciones interauriculares (CIA) en adultos.

Dr. Pablo Marín, Dr. Guillermo Paladini, Dr. Sergio Tamayo, Dr. Moisés Martínez Colombes, Dr. Henry Paladini y Dr. Roque Córdoba. 109/112

Tumores "de novo" en pacientes con trasplantes hepático.

Dr. Lucio Obeide, Dr. Hugo Ruiz, Dr. Ramón Gómez Sanz, Dr. Carmelo Loinaz Seguro, Dr. Ignacio González Pinto, Dr. Ignacio García García y Dr. Enrique Moreno González. 113/115

Evolución de los motivos de consulta durante 1993-1996 en el Servicio de Psiquiatría y Psicología de un Hospital General.

Dra. Clyde Capolongo de Herreros, Dra. Mónica A. Vergara e Ing. Elizabeth Ryser. 116/122

Función sexual e insuficiencia renal crónica.

Dr. José Luis Jalil. 123/128

Utilidad de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para la detección de Herpes Simplex Virus I y II en lesiones mucocutáneas de pacientes trasplantados.

Bioq. Susana Albano, Bioq. Valeria Mas, Dr. Alejandro Ruiz Lascano, Dra. Teresita de Alvarellos, Dr. Ricardo Campana, Dr. Constanancio Giraudo y Dra. Graciela de Boccardo. 129/131

Estrategia de angioplastia coronaria con stent.

Dr. Esteban Ruiz Lascano, Dr. Miguel Ballarino

y Dr. Emilio Crespo. 132/137

Manejo de la vía aérea dificultosa.

*Dr. Alberto Palencia y Dr. Jaime Pogulanik.*138/141

Abortos recurrentes debidos a anomalías cromosómicas en los progenitores.

Dra. Norma Rossi, Biol. Alicia Sturich,

*Lic. Mariana Botterón.*142/145

Incidencia de factores nutricionales adversos sobre el peso corporal de pacientes hospitalizados.

Lic. Carina Bianconi, Lic. Lorena Salassa, Lic. Sonia Lombardelli y

*Dr. Luis De Loredó.*146/153

PRESENTACION DE CASOS

Separación de gemelas unidas.

Análisis clínico - quirúrgico.

*Dr. Víctor Defagó, Dr. José María Courel, Dr. José Bas, Dr. José María Silberberg, Dr. Roque Córdoba, Dr. Henry Paladini, Dr. Juan Carlos Mondino, Dr. Aldo Mottura, Dr. Oscar Procikieviez, Dr. Jaime Pogulanik, Dr. Alberto Palencia y Dr. Luis Nahas.*154/159

Tratamiento quirúrgico del enfisema pulmonar. Cirugía de reducción de volumen (Lung volume reduction surgery - LVRS). Mesa redonda a propósito de un caso.

*Dra. Ana María López, Dr. Juan Pablo Casas, Lic. Horacio Abbona y Dr. Ricardo Navarro.*160/167

Talleres de la educación para la salud y su efecto sobre la terapia de anorexia y bulimia.

*Dra. María Lucy Yaniskowski y Lic. Laura Nores.*168/172

Reflexiones sobre la información médica al paciente oncológico adulto.

*Lic. María del Carmen Neira y Dr. Emilio Palazzo.*173/175

Tuberculosis del sistema nervioso central. Mesa redonda a propósito de dos casos.

Dr. Miguel Angel Paganini, Dr. José Méndez,

*Dr. Santiago Orozco, Dra. Cecilia Lucero, Dr. Guillermo Zeppa y Bioq. Valeria Mas.*176/184

Distimia en pacientes en diálisis. Estudio de un caso.

*Dr. Jorge Richardson y Dr. Horacio R. López.*185/188

TRABAJOS DE REVISION

Prevención en salud mental infantil. Abordaje interdisciplinario. Importancia del diagnóstico precoz de los trastornos del desarrollo.

*Dra. Clyde Capolongo de Herrerros, Lic. María Teresa Pomes, Lic. María Susana Atena y Dra. Lucía Alippi.*190/193

Estrategia terapéutica en pacientes con artritis reumatoidea. Terapia física ocupacional.

*Lic. María Evangelina Amuchástegui, Lic. Sonia Bartolillo, Lic. María Laura Frutos y Lic. Haydée Gigena.*194/197

La psiquiatría de fin del siglo.

*Dr. Jorge Richardson.*198/199

TEMAS PRACTICOS

Temas de Angiología.

*Dr. Alberto Achával y Dr. Alejandro Avakian.*200/202

CONFERENCIAS

Mis primeros 60 años con el tórax.

*Dr. Domingo Babini.*203/211

MISCELANEA

*.*212/213

INFORMACION

Centro de Emergencia Cerebro Vascular.216

Actos científicos programados en adhesión al 40º aniversario del Hospital Privado.217/219

Actividad docente regular del Hospital Privado.220/221

Próximos eventos científicos.222

Reglamento de publicaciones.223

CONTENT

Editorial88/91

Renal transplantation in our institution.

Dr. Pablo Massari and Dra. Graciela de Boccardo92/93

Cardiac transplantation. Hospital Privado experience.

Dr. Roque Córdoba and Dr. Marcos Amuchástegui94/96

Bone marrow transplantation.

Dr. Juan José García and Dr. Emilio Palazzo.97/100

Lung transplantation. Hospital Privado experience and comments.

Dr. Ricardo Navarro101/103

Utility of the polimerasa chain reaction (PCR) in early detection of citomegalovirus human infection in the immediat post transplantation period.

Dra. Teresita de Alvarellós, Bioch. Valeria Mas, Bioch. Susana Albano, Dr. Constanicio Giraudo, Dr. Pablo Massari and Dra. Graciela de Boccardo.104/108

Surgical treatment of atrial septal defect in adults patients.

Dr. Pablo Marín, Dr. Guillermo Paladini, Dr. Sergio Tamayo, Dr. Moisés Martínez Colombes, Dr. Henry Paladini and Dr. Roque Córdoba.109/112

"The novo" tumors in patients with liver transplantation.

Dr. Lucio Obeide, Dr. Hugo Ruiz, Dr. Ramón Gómez Sanz, Dr. Carmelo Loinaz Seguro, Dr. Ignacio González Pinto, Dr. Ignacio García García and Dr. Enrique Moreno González.113/115

The patients motives of consultation and their evolution during 1993-1996 in a psychiatry and psychopathology department of a General Hospital.

Dra. Clyde Capolongo de Herrerós, Dra. Mónica A. Vergara and Ing. Elizabeth Ryser.116/122

Sexual function in renal terminal cronic insufficiency.

Dr. José Luis Jalil.123/128

Utility of polimerase chain reaction (PCR) in detection of Herpes Simplex Virus I and II in muco-cutaneous lesions of transplanted patients.

Bioch. Susana Albano, Bioch. Valeria Mas, Dr. Alejandro Ruiz Lascano, Dra. Teresita de Alvarellós, Dr. Ricardo Campana, Dr. Constanicio Giraudo and Dra. Graciela de Boccardo.129/131

Coronary angioplasty with stent.

Dr. Esteban Ruiz Lascano, Dr. Miguel Ballarino and Dr. Emilio Crespo.132/137

Difficult airways intubation management.

Dr. Alberto Palencia and Dr. Jaime Pogulanik.138/141

Spontaneous abortion due to progenitor's chromosomal abnormality.

Dra. Norma Rossi, Bioch. Alicia Sturich and Lic. Mariana Botterón.142/145

Adverse nutritional factors incidence upon corporal weight of hospitalized patients.

Lic. Carina Bianconi, Lic. Lorena Salassa, Lic. Sonia Lombardelli and Dr. Luis De Loredó.146/153

Conjoined twins separation. Clinical and surgical review.

Dr. Víctor Defagó, Dr. José María Courel, Dr. José Bas, Dr. José María Silberberg, Dr. Roque Córdoba, Dr. Henry Paladini, Dr. Juan Carlos Mondino, Dr. Aldo Mottura, Dr. Oscar Procikievicz, Dr. Jaime Pogulanik, Dr. Alberto Palencia and Dr. Luis Nahas.154/159

Surgical treatment of pulmonary enfisema (Lung volume reduction surgery - LVRS).

Dra. Ana María López, Dr. Juan Pablo Casas, Lic. Horacio Abbona and Dr. Ricardo Navarro.160/167

Education for the health workshop and their effect on anorexia and bulimia therapy.

Dra. María Lucy Yaniskowski and Lic. Laura Nores.168/172

Reflections about medical information to adults oncological patients.

Lic. María del Carmen Neira and Dr. Emilio Palazzo.173/175

Central nervous system tuberculosis.

Dr. Miguel Angel Paganini, Dr. José Méndez, Dr. Santiago Orozco, Dra. Cecilia Lucero, Dr. Guillermo Zeppa and Bioch. Valeria Mas.176/184

Dysthymia in patients on dialysis.

Dr. Jorge Richardson and Dr. Horacio R. López.185/188

Prevention in infantile mental health. Interdisciplinary approach.

Dra. Clyde Capolongo de Herrerós, Lic. María Teresa Pomes, Lic. María Susana Atena and Dra. Lucía Alippi.190/193

Therapeutic strategy in rheumatoid patients. Occupational therapy.

Lic. María Evangelina Amuchástegui, Lic. Sonia Bartolillo, Lic. María Laura Frutos and Lic. Haydé Gigena.194/197

The psychiatry of the end of the century.

Dr. Jorge Richardson.198/199

Practical papers.

Angiology subject

Dr. Alberto Achával y Alejandro Avakian.200/202

My first 60 years with the thorax.

Dr. Domingo Babini.203/211

Miscellaneous212/213

INFORMACION

Cerebro vascular emergency. A new service given

by the Hospital Privado.216

Activities in adhesion to the 40th. Anniversary.217/219

Teaching activities of the Hospital Privado.220/221

Coming scientific events.222

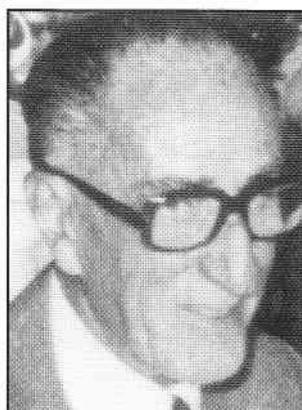
Preparation of manuscripts.223



DR. SEVERO R. AMUCHASTEGUI



DR. GABRIEL BRUSCO



DR. AGUSTIN G. CAEIRO



DR. ALBERTO CHATTÁS

Precursores de crear un Hospital

Si nos ubicamos en el tiempo y las circunstancias de su engendro, se advierte la ilusa imaginación impulsada por la necesidad de quebrar una actividad profesional plagada de frustraciones, en procura de un ambiente adecuado para volcar en la comunidad el producto auténtico y puro de quienes sentían la medicina como una misión, misión de servicio, no de beneficio.

Hoy hace 40 años de la concreción de aquel ideal nacido en medio de una densa niebla de dificultades, pero abierta por un tajo de luz encendida por la fe. Era esa fe que sostiene la esperanza y la fuerza generosa que otorga una decisión concebida en el afán de superación y progreso con entrega a la comunidad sin egoísmos, sin fines de lucro, en el marco fertilizante de la libertad.



FERNANDA FOUCAUD

Secretaria desde la primera hora, fue el eje alrededor del cual giraba toda la actividad directiva. Poseedora de una agradable personalidad con sólida firmeza de carácter, ejemplo de una inmutable lealtad y responsabilidad que asumió como tarea excluyente, todo ello adornado con la simpatía de su exquisita feminidad. Fue una misión ejemplar que mantuvo con igual cariño hasta su retiro jubilatorio. Años después su salud tomó un curso de deterioro progresivo y falleció a poco de cumplir 93 años.



DR. ANDRÉS P. H. DEGOY



DR. CALIXTO J. NUÑEZ



DR. OTTO M. STIEFEL



DR. TOMÁS DE VILLAFAÑE LASTRA

de la idea Privado independiente

En la colocación de la piedra fundamental dijo Agustín Caeiro: "Nos proponemos con esta obra desterrar al individualismo médico. Organizamos el trabajo en equipo que es muestra de solidaridad, de respeto mutuo, de afán de progreso y aportación al bien común. No nos asociamos para lucrar; nos asociamos para trabajar mejor. Queremos que nuestro trabajo sea más perfecto, que sea útil a un mayor

número de personas y deseamos transmitir nuestros conocimientos a todos los jóvenes que tengan vocación para la formación de las nuevas generaciones".

Nuestro especial homenaje a ese núcleo creador inicial que empezó a darle forma con la Asamblea Constitutiva de la Sociedad Anónima a la que apostaron con la misma esperanza los 90 firmantes del acta bautismal.

En sus varias internaciones previas, a pesar de su disgregación mental, se la veía con una apacible serenidad, sin duda expresión de la satisfacción de reencontrarse con su único y gran amor, como solía repetir refiriéndose al Hospital.

Nuestro reconocimiento y homenaje a **todo el personal** que en sus distintos niveles han apuntalado la concreción de esta obra, lo polarizamos en Fernanda, paradigma de una obstinada colaboración.

HOSPITAL PRIVADO 1947 - 1957 - 1997

30 de setiembre de 1957

El Comité de Redacción de la Revista se propuso hacer un editorial para su número aniversario, que no fuera un relato cronológico de lo realizado. Que tratara de mirar de una manera omnicomprendiva, la historia, la filosofía, y si fuera posible, hablar sobre el futuro del Hospital. Revisando nuestros antecedentes, releímos el discurso inaugural que nuestro presidente de entonces, el Dr. Agustín G. Caeiro, pronunció con tal motivo.

Creemos que hoy a cuarenta años de esa fecha, nada podríamos decir mejor al respecto; esas palabras tienen la confirmación del tiempo. Dejan abiertas dudas, anhelos, propósitos, que hoy nos siguen acusando, pero sentimos que estamos en la ruta de "los que construyen catedrales".

Nuestro editorial, pues, es la parte inicial de las palabras del Dr. Agustín G. Caeiro, aquel 30 de setiembre de 1957. Las preceden un párrafo de lo dicho por él, también, al colocarse la piedra fundamental del Hospital el 18 de mayo de 1952.

"Un día venturoso de abril de 1947, levamos anclas. Circunstancias conocidas nos obligaron -felizmente- a dejar casi todo el lastre que nos había sujetado hasta entonces. Quedamos solos en la inmensidad de un espacio que nos parecía infinito. Solos con nuestra vocación, nos sentíamos impulsados hacia nuestro objetivo, por una fuerza que nos parecía, que nos era, en realidad, extraña: la fuerza misteriosa que anima el progreso de los pueblos. Al reconocerla aquí, excluyo de este relato todo lo que pueda parecer jactancia.

Nos constituimos en esa tarde de abril y confieso que nos parecía tan grande y tan lejana la meta, que en los momentos de reflexión nos creíamos insanos".

Hace cinco años, al iniciar la obra de este Hospital, estábamos embargados por el candoroso deleite de la esperanza. Teníamos fe, creíamos en los principios que nos habían inducido a la acción y teníamos esperanza. Entonces dijimos: "Esta piedra que hoy colocamos es el cimiento sobre el cual se levantará, materializado ya, el sueño de nuestra vida. La realización de un sueño así acariciado, es el mayor de los goces espirituales, pero es también la iniciación de una larga cadena de sacrificios y de sufrimientos: el goce siempre se paga con el doloroso desgaste de la vida". Y en efecto, ha pasado mucho tiempo, hemos sufrido muchas alternativas, mucho ha cambiado alrededor nuestro y también hemos evolucionado nosotros.

Permitidme que sea cruel, pero voy a ir profundo. Hoy, no nos une la misma esperanza, ni nos embarga la misma alegría. Estamos acongojados, con la angustiosa e incierta alegría de la parturienta. Nadie habla risueña y confiadamente de esperanza. Algunos nombran ya el fracaso; otros lo temen. ¿Por qué este estado de ánimo?

Los que construyen una obra material, los hombres de empresa moderna, los materialistas, necesitan, emprender, planifican, calculan y palpan luego con sus manos el triunfo, o las elevan crispadas cuando el fracaso se los lleva. Este es el fracaso postizo. No es el nuestro, mis queridos amigos: ni siquiera pensemos en él.

Los que, en cambio emprenden una obra como ésta, obra espiritual, colectiva, que trasciende más allá de los hombres y del tiempo, los que construyen catedrales, sienten el impulso de obrar que les viene de la profundidad de sus entrañas o del divino in-

finito de los tiempos; no calculan, planifican muy poco y malo. Simplemente tienen fe, esperanza y se ponen a hacer, con la serena alegría del pájaro que construye su nido. Pero cuando su obra toma forma material, gozan y sufren como la madre frente al niño que nace; las primeras formas vienen ya con las sombras del fracaso, que son las imperfecciones. Nunca se experimenta la sensación de lo hecho, de lo totalmente realizado; queda siempre por delante esa porción de infinito, que es angustia, duda y que debe seguir siendo esperanza. Este es el fracaso genuino, el que acompaña siempre a las grandes realizaciones del espíritu. "El fracaso genuino se logra en la construcción de un mundo existente, con voluntad de norma y duración, pero con conciencia y riesgo de derrumbe. Este fracaso genuino significa eternización y puede convertirse en cifra colmada del ser", dice Bochensky comentando a Jaspers.

Vivamos hoy y siempre con él porque es nuestra esperanza, tendría que ser siempre nuestro estímulo y nuestra fuente de optimismo.

Los que creyeran ver en nuestra obra un motivo de satisfacción o de lucro personal o de grupo, no serían de los nuestros; tenemos por ellos gran respeto, pero no estamos confundidos en los mismo propósitos. Esta ha sido, es y será una obra a la que no podemos pedirle nada para nosotros mismos; estamos y seguiremos estando, en cambio, totalmente entregados a ella. Sólo le pedimos que nos deje subsistir para seguir dándole vida.

Los que desde fuera nos vieran como a un grupo de profesionales que busca lucro y hegemonía, estarán equivocados. Lo decimos con la mas cordial firmeza, para que

nuestra acción sea en lo sucesivo, recibida con la misma generosidad con que la ofrecemos.

No nos lleva ningún móvil político ni religioso. Somos hombres de las mas diversas ideologías y credos religiosos. Hemos sabido respetarnos y el espíritu de la organización nos permitirá que en esto nadie se desvíe.

Las amistades más cordiales y las más violentas antipatías personales que algún día pudieran existir, no podrán, por supuesto, quedar afuera todos los días; entrarán con nosotros, pero a convivir con ecuanimidad en la realización armónica del trabajo diario. También tendremos que ser inflexibles en el cuidado de esta norma, que es fundamental.

Este Hospital no tiene dueños. Los promotores, los fundadores, los que aportaron su capital, los que hemos dirigido hasta hoy y desde el principio la tarea de hacerlo y ponerlo en marcha, no somos sus dueños, no tenemos en él más que los derechos que la ley y el trabajo nos asignan. Es difícil recordar y cumplir este mandato; el amor y alguna vez el interés, nos lo harán olvidar, pero habrá que recordarlo uno mismo todos los días y en cada gesto, porque de lo contrario la implacable realidad de su espíritu tendrá que imponerlo.

Este Hospital no es de los viejos, de las generaciones que se van, de los hombres que ya estamos en la culminación o el descenso de la parábola de la vida. No son ellos sus dueños, aunque la idea y la realización haya nacido de sus inquietudes y de su experiencia. Esto no confiere a esta generación a la que pertenezco, derechos de privilegio. Simplemente nos crea deberes, nos carga con enormes responsabilidades. No podre-

mos aceptar que una conducta conservadora, por más respetable que sea quien la preconiza, en defensa de los más respetables intereses personales, sea capaz de interferir con el progreso. El hombre que en el curso de una larga, dolorosa y eficiente carrera médica, disminuya en su actividad por cualquier causa o, sin que esto ocurra, sea superado por otro más capacitado, más joven o más activo que él, tendrá que ceder generosamente el paso, sin quedar por ello desplazado o disminuido.

Pero, escuchadme bien jóvenes de hoy, este Hospital tampoco es de la juventud. Si la madurez y experiencia adquiridas y ganadas con el sacrificio de los años no dan título de posesión, tampoco puede darlo, por sí, la juventud. Esta es sólo posibilidades, promesas y las tiene todas. No hay que confundirse y creer que estas potencias confieren derechos de dominio. La juventud tiene en sus manos el porvenir de esta obra como tuvo y tiene siempre el de la humanidad y su progreso. Para conseguirlo, debe ganarlo; y estas batallas no se deciden en la lucha ideológica, con la violencia desatada, con la iconoclastia irracional, con la destrucción de todos los valores del pasado. Se gana con la conciencia de la responsabilidad; se gana al decidir desde niño la lucha implacable que el hombre debe batir consigo mismo toda su vida. La juventud sólo puede conseguir el comando futuro de estas instituciones, poniendo todas sus energías y ajustando todas sus potencias a las normas que la experiencia de los tiempos va estableciendo como necesarias para su progreso. Y en la defensa de estas normas debe ser, consigo misma y con los demás, intolerante e irreductible.

En nuestra Argentina, ninguna de las dos generaciones ha sabido comprender la

tragedia de este antagonismo: la que declina ha sido siempre egoísta, conservadora, impermeable; la que asciende ha sido irreverente, violenta, famélica, inescrupulosa. Ha dominado en unos la avidez de conservar y en otros la de conseguir; y en esta dialéctica, que sólo puede resolverse por la violencia, ha estado el obstáculo al progreso. De ella ha nacido una permanente necesidad de revoluciones, que dejan a la postre más balance negativo que positivo. La esperanza del progreso está en la evolución y no en la violencia de revoluciones que sólo están justificadas cuando fuerzas espúreas detienen o tuercen el ritmo del progreso incesante de la humanidad. Hay que saber, además, que cuando se siente la necesidad y se tiene la decisión de hacer una obra revolucionaria hay que estar preparado para construir más de lo que se destruye y, sobre todo, para ofrecer de sí más que lo se exige de los otros. Una vez más, llegado aquí, debo ofrecer como modelo único, la revolución que el advenimiento de Cristo significó en la historia de la humanidad. Revoluciones con otros móviles que los arriba enunciados, son asaltos. La juventud debe cuidar su virginidad espiritual como su único tesoro: puede entregarlo a todo, pero no debe jamás ofrecerse para el asalto. Creo que siempre que lo hace, va confundida o engañada por el mito. El mito es el instrumento más terrible de todos los tiempos; es de móvil siniestro que, manejado por artífices habilísimos, cincela todos los asaltos. La juventud tiene que defenderse de los mitos, esto sólo lo conseguirá educándose y la educación sólo puede venirle del pasado y de la normal exaltación de las potencialidades que la naturaleza le ha conferido. Al pasado debe asimilarlo; tan pernicioso es adoptarlo pasivamente, como abjurar vio-

lentamente de él. Ambas son actitudes reaccionarias que impiden al fin de cuentas que el hombre se realice integralmente.

No creáis, jóvenes, que va a ser posible el asalto de esta obra. Su espíritu no permitirá que cometáis ese suicidio. Porque en el asalto no sucumben las instituciones que lo sufren, sino que se suicidan los que lo ejecutan. Aquí tendréis progreso evolutivo, como es el natural. Aquí tendrá que realizarse, en pequeño, el milagro de la conjunción de las dos generaciones, que Argentina tanto necesita para su progreso. Jóvenes de hoy y de mañana, yo abro para vosotros, con este ofrecimiento, las puertas de esta casa en su espíritu y en su materia. En nombre de su alma mater, que ya la tiene y muy pura, yo os pido para ella el holocausto, la confianza absoluta y la esperanza. No querría aparecer como orgulloso ofreciéndola como el pequeño templo del progreso médico y odontológico argentino; así lo hago porque así lo quisimos al nacer y en vosotros -sobre todo en vosotros- hemos pensado al gestarla.

2. Lo dicho en esa oportunidad abarca doce páginas del libro que lo incluye. Un 20 % de esas páginas están destinadas a aclarar "los propósitos", "las intenciones", "el anhelo común", "los principios". Allí se habla también del "fracaso postizo" y del "fracaso genuino", de "los hombres de empresa moderna, los materialistas" y de "los que construyen catedrales"; del permanente conflicto generacional, y sus distintas apetencias: "los que están en el comienzo de la parábola de la vida", frente a "los que están en la culminación o en el descenso" de dicha parábola; de la necesidad que "convivan con ecuanimidad", "las amistades más cordiales" y "las más violentas antipatías".

Un 62 % de lo escrito está destinado al aspecto asistencial del Hospital, y ahí, principalmente, se reflexiona acerca del "equipo médico-odontológico", poco menos, sobre la organización (ya se hace referencia a la ausencia "de una coordinación racional" y a "la necesidad angustiosa de un cerebro organizador"); muy poco, respecto a las instalaciones (subrayándose fundamentalmente la arquitectura hospitalaria y la relación constante y profunda entre médicos y arquitectos).

Un 8 % de las páginas se utilizan para explicar categóricamente que el Hospital "fue creado para que en él, paralelamente y junto con su función asistencial, se haga intensamente también investigación científica".

También un 8 % es para la "función docente", una "auténtica docencia", para realizar "el milagro de la conjunción de las dos generaciones".

Haciendo un manejo fantasioso, casi absurdo, de estas cifras, nos podríamos preguntar: ¿Qué sería del Hospital futuro si cada uno de nosotros dedicara un 8 % de su tiempo diario a realizar docencia; un 8 % a la investigación médica; sin cambiar su dedicación actual a la asistencia, y otorgara en su interior, en la intimidad de su vida médica, un 20 % a "los propósitos", a "los anhelos comunes", a "las intenciones", al "fracaso genuino", etc.?

LOS TRASPLANTES RENALES EN NUESTRA INSTITUCION

RESUMEN

Se hace un comentario sobre la historia y prosecución del programa de trasplantes renales en el Hospital Privado. Se agrega un somero informe de la casuística del Hospital que llega en este momento a 475 trasplantes.

Palabras clave: Trasplante renal.

SUMMARY

The history and prosecution of the program of renal transplantation in the Hospital Privado is made. In addition a short information about the total of 475 cases transplanted in the Hospital is given.

Key words: Renal transplantation.

INTRODUCCION

La historia de la hemodiálisis crónica o de mantenimiento llevaba poco menos de 10 años en nuestro medio y ya era evidente que cualquier intento de tratamiento con terapéuticas de reemplazo en la insuficiencia renal crónica terminal debería incluir la opción del trasplante renal si los objetivos eran la mejor rehabilitación posible para los pacientes.

El Programa de Trasplantes Renales de este Hospital comenzó su actividad en el año 1980 organizado en base a la conducción del Servicio de Nefrología y con la participación de los Servicios de Urología, Cirugía Cardiovascular y el Laboratorio de Histocompatibilidad.

Desde la organización inicial los miembros del programa participaron activamente en el diseño, organización y puesta en marcha de un sistema regional de procuración de órganos de origen cadavérico en la medida en que ya en ese entonces era el método mas idóneo para permitir el desarrollo y crecimiento de un programa de trasplantes, como había sido mostrado en los centros mas exitosos del mundo.

Consecuentemente, la primera actividad del

1 - Jefa del Programa de Trasplantes Renales - Hospital Privado.

2 - Jefe de Servicio de Nefrología - Hospital Privado.

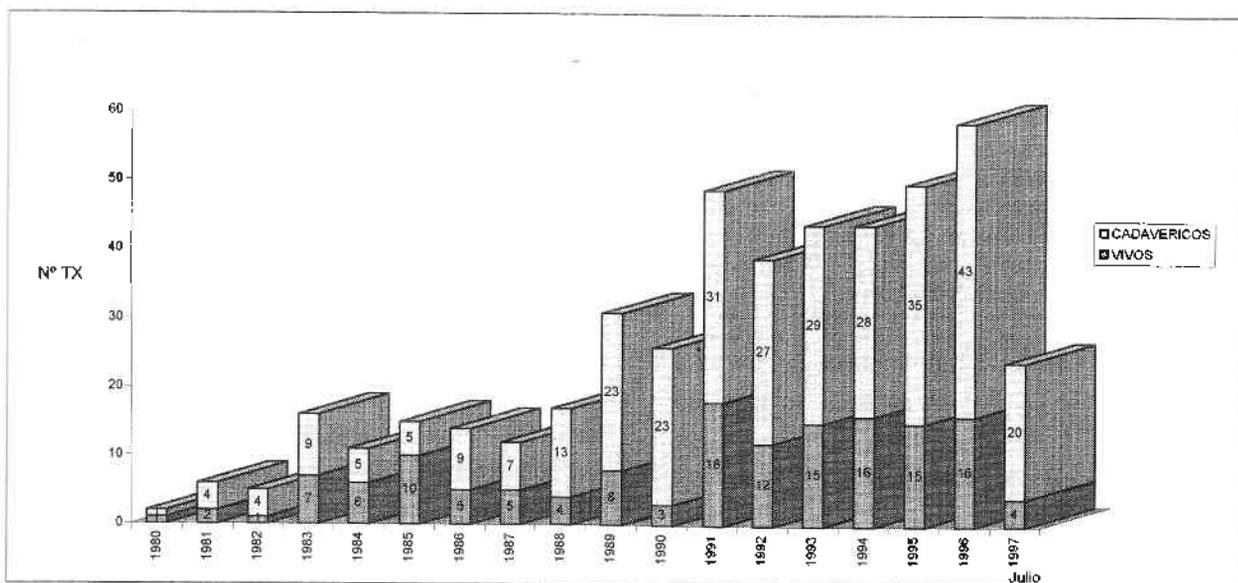
Dra. Graciela de Boccardo ⁽¹⁾ - Dr. Pablo U. Massari ⁽²⁾.
Servicio de Nefrología -
Programa de Trasplantes Renales. Hospital Privado

Programa en nuestro Hospital fue la realización de una ablación en donante cadavérico, la primera del interior del país, que tuvo lugar el 6 de junio de 1980. Poco después, el 28 de noviembre, realizábamos el primer trasplante renal en nuestro Hospital, el cual también fue proveniente de un donante cadavérico, ablacionado en otro hospital de nuestra ciudad. A los pocos días de ese primer trasplante, se realizó el segundo, esta vez proveniente de un donante vivo relacionado.

El Hospital acompañó decididamente el nacimiento, evolución y desarrollo del Programa de Trasplantes Renales adecuándose a las múltiples necesidades diagnósticas y terapéuticas de este tipo de pacientes. Concomitantemente, la presencia de la actividad trasplantológica fue estímulo, apoyo y motor permanente para el desarrollo de muchas áreas del Hospital, incluyendo infraestructura y recursos humanos en múltiples especialidades, además del área administrativa (primera patología modulada).

Luego de los primeros años de poca actividad, el Programa mostró gran crecimiento hasta convertirse en uno de los programas mas activos del país (Figura I). La actividad de los últimos años muestra un promedio de 55 trasplantes por año siendo mas del 60 % de los mismos de origen cadavérico, lo cual lo coloca a la cabeza de este tipo de actividad en Argentina.

Las técnicas quirúrgicas necesarias para ablaciones e implantes, la organización de los quirófanos y el manejo de las complicaciones fueron experiencias aprendidas rápidamente y han contribuido decididamente al éxito actual del Programa. El Servicio de Anestesiología acompañó este desarrollo con marcado éxito. Pero nada hubiera sido posible sin el enorme esfuerzo y compromiso asumidos por el Departamento de Laboratorio; la tarea de todas sus Secciones y Servicios ha sido un pilar fun-



damental sobre el que este Programa ha basado su éxito.

Desde el post operatorio inmediato, el seguimiento ha estado siempre a cargo del Servicio de Nefrología y ha sido elemento de gran importancia para nuestros planes de post grado en nefrología y para múltiples proyectos de investigación clínica.

Los resultados de un Programa de Trasplantes tienen también mucho que ver con el diseño del protocolo de inmunosupresión. Desde un comienzo decidimos trabajar con protocolos de la mayor simpleza, fácil aplicación y control en nuestro medio y que tuvieran complicaciones conocidas y manejables. A lo largo de estos 17 años los protocolos de inmunosupresión han cambiado en sólo tres oportunidades. En 1986, para incluir el advenimiento de la ciclosporina que marcó un dramático cambio en los resultados. A finales de la década del '80 también incorporamos el uso de inducción con globulina antilinfocítica para poder hacer frente a un creciente número de donantes y receptores con patología arterial, riñones con isquemia fría muy prolongada y con necrosis tubular aguda post operatoria severa. Finalmente, desde 1994 estamos usando en forma sistemática un protocolo basado en esteroides, azatioprina, ciclosporina y bloqueantes cálcicos desde el post operatorio inmediato, que ha producido resultados muy satisfactorios.

Actualmente, hemos realizado un total de 475 trasplantes renales siendo 323 (68 %) de origen

cadavérico. Los actuales resultados muestran para donante vivo una sobrevida del paciente de 100 % y de injertos de 97 % a los tres años. La sobrevida con implantes de donante cadavérico es de 90 % para pacientes y 88 % para injertos, también a los tres años. Esta experiencia ha permitido asumir la responsabilidad de trasplantar pacientes de alto riesgo, incluyendo añosos, cardiopatas, diabéticos, etc., con buenos resultados. Por otra parte 55 (11 %) han sido realizados en pacientes en edad pediátrica (menores de 15 años). Los resultados actuales muestran también excelente sobrevida de pacientes y de injertos en estos niños.

El movimiento de pacientes trasplantados tanto en el internado como en los consultorios externos se ha convertido en un aspecto destacado en la actividad diaria de nuestro Hospital. La experiencia del Programa de Trasplantes Renales sirvió decididamente para el lanzamiento exitoso de otros programas de trasplantes de órganos en nuestro Hospital.

Las predicciones epidemiológicas muestran que la actividad trasplantológica seguirá en crecimiento sostenido. El Hospital y sus profesionales asumirán el compromiso de adecuarse a este crecimiento, mejorar resultados para una mejor reinserción familiar, social y laboral de estos pacientes, e incrementar las actividades docentes y de investigación en relación con este Programa.

TRASPLANTE CARDIACO

RESUMEN

Se hace un breve comentario sobre la problemática de trasplante cardíaco como única terapéutica para dar solución a las cardiopatías terminales, enfatizando la creciente demanda con un 30 % de mortalidad de pacientes en lista de espera. Se analizan las causas de la escasa producción de donantes, haciendo incapié en la falta de información. En cuando a los resultados se resume la estadística de la experiencia del Hospital Privado con 23 pacientes trasplantados con resultado equiparable a otras series más numerosas. La sobrevivida a 7 años es del 68 %. El 75 % de los pacientes tienen actividad física irrestricta y el 40 % trabajan tiempo completo.

Palabras clave: Trasplante cardíaco.

SUMMARY

A brief review of the problem of cardiac transplantation as the only therapeutic procedure for the terminal cardiac disease is made, emphasizing the increasing demand with a 30 % mortality of patients on waiting list. The reasons for these difficulties are considered, giving greater importance to the lack of information. Twenty three patients have had cardiac transplantation in the Hospital Privado. The follow-up is similar to other larger series. After 7 years, 68 % of the patients survive. Seventy five % of the alive patients have physical activities with no restrictions and 40 % are working full time.

Key words: cardiac transplantation.

Dr. Roque Córdoba¹ - Dr. Marcos Amuchástegui²
Servicio de Cirugía Cardiorácica.
Hospital Privado.

INTRODUCCION

Desde 1967 hasta nuestros días se han logrado remarcables progresos en el trasplante de corazón como tratamiento de las enfermedades cardíacas terminales. Nadie pone en duda que éste ha demostrado ser el tratamiento más eficaz para la insuficiencia cardíaca refractaria a otras medidas terapéuticas convencionales en un cada vez menos selecto grupo de enfermos. Los resultados alcanzados en lo que respecta a sobrevivida y calidad de vida ponen al trasplante cardíaco como uno de los más exitosos trasplantes de órganos sólidos.⁽¹⁾

Pero todos estos logros no han solucionado las dificultades del tratamiento de la insuficiencia cardíaca terminal puesto que cada vez hay más potenciales receptores, las listas de espera son más prolongadas y el número de donantes permanece invariable, con el consiguiente aumento de la mortalidad de quienes se encuentran a la espera de un órgano. La cantidad de donantes parece permanecer estancada en la mayoría de los países del mundo. A manera de ejemplo en EE.UU. (2) hay 25.000 enfermos con insuficiencia cardíaca terminal listos para recibir un trasplante, pero en cambio solamente se efectúan alrededor de 2.500 procedimientos por año. La enorme brecha se debe fundamentalmente a la escasez de donantes.

Hay una tendencia a disminuir los requerimientos necesarios para considerar donantes aptos a los fines de ampliar la cantidad de órganos disponibles, con la consecuente aceptación de donantes subóptimos. Esto ha llevado en alguna medida a una mayor morbi-mortalidad del procedimiento en los centros que han exagerado de esta estrategia.⁽³⁾

En EE.UU. hay 700.000 nuevos casos de insuficiencia cardíaca cada año. Se gastan más de treinta y cuatro mil millones de dólares en tratar la insuficiencia cardíaca. No obstante haber alcanzado

1 Jefe de la Sección Cirugía Cardíaca.

2 Jefe del Servicio de Cardiología.

logros significativos con el tratamiento médico, fallecen 40.000 pacientes por años a causa directa de la insuficiencia cardíaca y es responsable secundario en otras 200.000 muertes anuales. ⁽²⁾

En nuestro país no se tiene información precisa de cuantos pacientes hay en tratamiento por insuficiencia cardíaca, ni de los costos que esta demanda. Pero las dos principales causas de ella son: la miocardiopatía dilatada y la enfermedad coronaria; esta última sería superior en nuestro país que en EE.UU., por lo que se puede inferir con cierta racionalidad que la cantidad proporcional de pacientes con insuficiencia cardíaca terminal puede ser, al menos igual, sino superior a la de ese país. Lo que sí conocemos detalladamente es que la mortalidad en lista de espera para trasplante cardíaco en Argentina es de alrededor del 30 %.

La escasa procuración de donantes se encuentra ligada a innumerables factores, alguno de ellos de difícil control como son los aspectos culturales y religiosos de una comunidad, pero en cambio hay otros que sí pueden ser revertidos, tales como la desinformación y la falta de una adecuada educación de la sociedad, principalmente de los médicos y equipos de salud, a tal punto que en nuestra Facultades de Medicina no existe un orden curricular respecto a la enseñanza de trasplantes.

España parece tener el modelo más exitoso en lo que a procuración y ablación de órganos respecta ⁽³⁾ y su experiencia está siendo motivo de estudios y análisis por parte de los otros países europeos a los fines de adecuarlo a cada situación particular. Claro está que ello depende de políticas sanitarias profundas y coherentes con verdadero conocimiento de la realidad y una firme voluntad de no claudicar en la búsqueda de la excelencia.

Los buenos resultados alcanzados en trasplante cardíaco han sido la consecuencia de enormes esfuerzos y recursos puestos a disposición del progreso médico y esencialmente de la cirugía cardiovascular, especialidad ésta que ha logrado los mayores progresos médicos en la presente mitad del siglo. ⁽⁷⁾

Un agente inmunosupresor como la ciclosporina incorporada en los comienzos de la década del '80 ha contribuido significativamente al mejor control del rechazo. Algo similar parecía estar sucediendo en esta década, puesto que se están incorporando nuevos agentes inmunosupresores en los que se ha depositado grandes expectativas para controlar algunas formas de rechazo persistente, entre los que se encuentra la enfermedad vascular del injerto, que sigue siendo la principal causa de fallo a largo plazo del órgano trasplantado. ⁽⁶⁾

Las infecciones se conocen y controlan mejor, con lo que la ecuación rechazo-infección permanece más equilibrada, no obstante siguen siendo responsables importantes de morbi-mortalidad en los primeros seis meses del trasplante.

Respecto a las enfermedades linfoproliferativas y al sarcoma de Kappozzi se conoce mejor su relación directa con algunos esquemas de inmunosupresión. Su surgimiento está ligado directamente al uso de terapias de inducción. Hay mayor información sobre dosis y extensión de los tratamientos con OKT3 o linfoglobulinas.

El 80 % de los pacientes trasplantados tienen triple esquema de inmunosupresión: esteroides, azatioprina y ciclosporina.

Los esquemas de inmunosupresión tienen efectos colaterales indeseables, siendo los más frecuentes la hipertensión arterial, la insuficiencia renal, hipercolesterolemia y diabetes.

La biopsia endomiocárdica mantiene su vigencia como la regla de oro para el diagnóstico de rechazo, aunque con el ecocardiograma cada vez se tiene mejor seguimiento y evolución de estos episodios. Es posible que en el futuro se pueda usar al ecocardiograma con mayor exactitud y seguridad dejando la biopsia endomiocárdica solo para diagnósticos dudosos y/o problemáticos.

A pesar de que los trasplantes cardíacos requieren de grandes y complejos recursos humanos y materiales, los mismos han alcanzado notable desarrollo. Ya se han realizado algo más de cuarenta mil trasplantes en el mundo, repartidos en 211 centros.

La supervivencia a un año es de alrededor del 80 % y a 5 años del 70 %. Estos resultados son más que satisfactorios, si se tiene en cuenta que los pacientes con insuficiencia cardíaca terminal que ingresan en lista de espera, tienen una mortalidad teórica anual del más del 50 %.

En lo que a calidad de vida respecta, la información aportada por la Sociedad Internacional de Trasplante de Corazón y Pulmón demuestra que a dos años del trasplante el 70 % de los pacientes tienen actividad física ilimitada, solamente el 30 % requirieron internación y el 45 % se encuentra trabajando.⁽⁸⁾

En nuestra experiencia institucional, sobre 23 pacientes trasplantados, hemos logrado resultados equiparables con otras series. La mortalidad a 30 días fue del 16 % y al año del 21 %. La supervivencia a 7 años es del 68 %. El 75 % de los pacientes tienen actividad física irrestricta y el 40 % trabajan a tiempo completo.⁽⁹⁾

Estamos usando esquemas de inmunosupresión similares. Terapia de inducción solamente en enfermos con riesgo de rechazo agudo; politransfundidos, múltiparas, cross-match contra panel > 10 % y cirugías cardíacas previas.

Nuestros pacientes han tenido mayor cantidad de infecciones a citomegalovirus e insuficiencia renal postoperatoria. No obstante ello, la supervivencia a largo plazo es comparable a la de la Sociedad Internacional de Trasplante de Corazón y Pulmón y a la del registro español de trasplante.

Las perspectivas con los fantásticos progresos que se están logrando en el campo de los xenoinjertos a partir de la transgenización y la posibilidad de alcanzar el tan mentado quimerismo.

Hay marcadas expectativas en lo que respecta a prolongar el tiempo de uso de corazones artificiales, ya sean estos neumáticos o eléctricos, puesto que hasta el presente sólo han sido usados como puente hasta alcanzar el trasplante cardíaco tradicional. Todavía no han sido superados totalmente algunos de los problemas fundamentales como ser superficie no-trombogénica, fuente de ener-

gía, fatiga de materiales y costos muy elevados.

Mientras tanto, continúan las investigaciones básicas y clínicas en busca de superar los inconvenientes, con el objetivo final de dar una mayor y mejor calidad de vida. Nuestro objetivo fundamental e ineludible debe ser lograr mayor cantidad de donantes y optimizar nuestros recursos a los fines que todo quien necesite un trasplante pueda acceder a él.

⁽⁹⁾ Después de esta estadística se han realizado tres trasplantes más con excelente evolución.

BIBLIOGRAFIA

1. Evans RW, Manninen DL, Dong FB, The National Cooperative Transplantation Study: Final Report. Seattle Wa. 1991.
2. O'Connell JB, Bristow M.: Economic impact of heart failure in the United States: Time for a different approach.
3. *J Heart Lung Transplantation* 13:S107 - S112, 1994 (Suppl).
4. Reemtsma K, Cardiac Transplantation for Auxiliary Circulatory Support J. *Thoracic Cardiovascular Surgery* 1996, 113: 1041 (Editorial).
5. Arizón del Prado JM, Registro Nacional de Trasplante Cardíaco. Sexto Informe (1984-1994) *Cirugía Cardiovascular* 1996, 3: 1:77-82.
6. Tsamandas AC, Pham S.M, Seaberg EC, Pappo O, Korrnos RL, Kawai A, Griggith BP, Zeevi A, Duquesny R, Fung JJ, Starzl TE, Demetris AJ Adult Heart Transplantation Under Tacrolimus (FK 506) Immunosuppression: Histopathologic Observations and Comparison to a Cyclosporinebased Regimen with Lympholytic (ATG) Induction. *J Heart Lung Transplant* 1997; 16:723-734.
7. *JAMA* 1996, 276; 1521-1524.
8. Hosenpud JD, Bennet LE, Berkeley M Keck BS, Fiol B, Novick RJ. The Registry of the International Society for Heart and Lung Transplantation: Fourteenth Official Report-1997. *J Heart Lung Transplant* 1997; 16:691-712.

TRASPLANTE DE MEDULA OSEA

RESUMEN:

Se hacen breves consideraciones sobre la problemática del trasplante de médula ósea (TMO) para el tratamiento de numerosas enfermedades hematológicas malignas.

Se detallan los diferentes tipos de TMO y se hace un análisis estadístico de la casuística del Hospital Privado que alcanza en este momento a 80 casos con resultados similares a los informados por el Registro Internacional de Trasplantes de Médula Osea (IBMTR).

Palabras clave: Trasplante de médula ósea.

SUMMARY

The problem of the marrow bone transplantation (MBT) for the treatment of some malignant hemathologic diseases, is commented.

The different techniques according to the variety of disease are described.

The Hospital Privado experience with 80 marrow bone transplantation realized se far is analyzed. The results are similar to those reported by the International Registry of marrow Bone Transplantations.

Key words: Marrow bone Transplantation.

García, Juan José ¹, Palazzo, Emilio ²
Servicio de Hematología y Oncología. Hospital Privado

El trasplante de médula ósea es una modalidad terapéutica que se utiliza cada vez con más frecuencia para el tratamiento de numerosas enfermedades hematológicas malignas, ciertos errores innatos del metabolismo y algunos síndromes de inmunodeficiencia.

Los progresos en TMO en los últimos 50 años se deben al progreso en diferentes áreas de la medicina como ser:

- a) Mejor definición y comprensión de los complejos de histocompatibilidad mayor en el hombre.
- b) Mejoramiento de las técnicas de cuidados intensivos en pacientes severamente inmunodeprimidos.
- c) Desarrollo de regímenes de condicionamiento para el trasplante con quimioterapia en altas dosis con o sin radioterapia que son intensamente inmunosupresores y mielosupresores.
- d) Desarrollo de las técnicas de criopreservación y manejo in vitro de la médula ósea que han permitido el crecimiento del autotrasplante.

Existen diferentes tipos de TMO:

- 1) Singénico: cuando donante y receptor son genéticamente idénticos. Es el que se realiza entre gemelos.
- 2) Alogénico (TXMO): cuando donante y receptor son de la misma especie, pero genéticamente disímiles. Puede ser que compartan la totalidad o parte de los complejos de histocompatibilidad mayor (HLA) como sucede entre hermanos, o que compartan una parte de éstos, como entre padres a hijos.

Cada vez con más frecuencia se están realizando trasplantes a partir de donantes voluntarios inscritos en bancos de donantes que pueden o no compartir el HLA.

1 Jefe del Programa de Trasplante de Médula Osea

2 Jefe del Servicio de Hematología y Oncología

3) Autólogos (TAMO): cuando la propia médula ósea del paciente ha sido previamente extraída, guardada en frío (criopreservada) y luego se vuelve a infundir al paciente posterior a la administración de altas dosis de quimioterapia con o sin radioterapia. Actualmente se utilizan cada vez con más frecuencia, células progenitoras de sangre periférica (CPSP) para realizar el trasplante autólogo.

Estas células que normalmente circulan en un número muy reducido pueden ser estimuladas a salir de la médula ósea y circular en mayor número luego de un ciclo de quimioterapia y de factores estimulantes de colonia (CSF). Son reconocidas por medio del anticuerpo monoclonal CD 34 y pueden ser recolectadas por medio de una máquina separadora de células. Luego de recolectadas son criopreservadas de manera similar a la médula ósea, en nitrógeno líquido, donde pueden permanecer por períodos prolongados de tiempo sin gran deterioro de su capacidad de repoblar la médula ósea luego de ser descongeladas y reinfundidas.

Los objetivos de realizar un trasplante autólogo son diferentes. En el trasplante alogénico el objetivo es reemplazar una médula ósea ausente (aplasia medular), defectuosa (talasemia mayor) o enferma (leucemias) por una médula ósea sana, proveniente del donante. Para preparar al receptor se utilizan altas dosis de quimioterapia con o sin radioterapia (condicionamiento) para inmunosuprimir al paciente y evitar así el rechazo del injerto y para eliminar todas las células defectuosas o neoplásicas. Por otro lado, la médula ósea proveniente del donante, una vez que ha prendido y comienza a crecer en el receptor puede reconocer alguna célula maligna residual que haya quedado luego del condicionamiento, la ataca y destruye. Esto es el efecto de injerto contra leucemia. Por lo tanto, en el trasplante alogénico, la lucha contra las enfermedades malignas es a través de dos vías: a) altas dosis de QMT y/o XRT y b) por el mecanismo inmunológico del injerto contra enfermedad maligna.

El objetivo del TAMO es poder administrar altas dosis de QMT con o sin XRT sin tener en cuenta la toxicidad hematológica. En hematología y on-

cología existe una hipótesis: a mayor dosis de QMT mayor destrucción de células malignas. Lo que habitualmente limita el incremento de dosis es la toxicidad a la médula ósea ya que si se excede en cierto nivel de dosis, el paciente puede fallecer en aplasia medular posquimioterapia por destrucción de las células madres encargadas de formar la médula ósea. Si previamente se recogen células madres en frío a -196° C (criopreservación) - donde pueden permanecer bastante tiempo sin alterar su capacidad de volver a formar médula ósea-, luego se pueden administrar altas dosis de quimioterapia al paciente sin tener en cuenta la toxicidad hematológica. Esto ha permitido incrementar la dosis de algunos citostáticos hasta 20 veces. Lo que limita en este caso la intensidad de dosis es la toxicidad en otros órganos (corazón, pulmones, riñones, hígado) por la quimioterapia. En este caso el mecanismo de lucha contra las enfermedades neoplásicas es exclusivamente a través de las altas dosis de quimioterapia.

El programa de TMO del Hospital Privado se inició en 1989 con la realización de trasplantes alogénicos.

Hasta julio de 1997 hemos realizado un total de 80 trasplantes: 50 autólogos con médula ósea y/o CPSP y 30 alogénicos. El número de trasplantes autólogos es siempre superior al de trasplantes alogénicos ya que por un lado las indicaciones del TAMO son más amplias y por otro lado el paciente portador de una patología con indicación de trasplante no siempre tiene un hermano histoiéntico. (Figura 1)

Actualmente se realizan unos 20 trasplantes anuales. En la figura 2 puede verse el crecimiento anual del programa con el número de TAMO y TX-MO que se han realizado cada año.

Las principales indicaciones para TAMO en nuestro centro (ver figura 3) fueron leucemias agudas con un 27 %; un 21 % (11) de los trasplantes fueron por cáncer de mama. Un 19 % de los pacientes autotrasplantados tuvieron otros tumores sólidos (neuroblastoma, tumores de células germinales, cáncer de ovario, sarcoma de Ewing). Las indicaciones para linfomas Hodgkin y no Hodgkin constitu-

yeron un 25 %. A nivel del Grupo Argentino de Trasplante de Médula Osea (GATMO), las principales indicaciones son linfomas Hodgkin y no Hodgkin que corresponden al 43 % de los trasplantes, las leucemias agudas constituyeron el 22 % de las indicaciones y el cáncer de mama el 12 %. La indicación más común para autotrasplante de médula ósea a nivel del IBMTR es sin duda el cáncer de mama con el 42 %; los linfomas Hodgkin y no Hodgkin constituyen el 32 % y las leucemias agudas el 7 %.

Con respecto a las indicaciones para trasplantes alogénicos en nuestro centro, las leucemias agudas constituyen el 56 %, aplasia medular grave el 13 % y leucemia mieloide crónica y síndromes mielodisplásicos el 10 % cada uno. Estos datos coinciden con los del IBMTR en donde el 74 % de los trasplantes fueron por leucemias agudas y crónicas y síndromes mielodisplásicos; en tanto que el 9 % de las indicaciones fueron por patologías no malignas (síndromes de inmunodeficiencias, hemoglobinopatías y trastornos heredados del metabolismo).

En lo que respecta a la mortalidad relacionada al procedimiento (MRT) esta es baja en nuestro centro comparada con el GATMO y el IBMTR, debido a una muy cuidadosa selección de los pacientes que llevó a excluir en nuestro programa a pacientes con patologías avanzadas o con otras alteraciones cardiovasculares, pulmonares, renales, que aumentan el riesgo relacionado al trasplante.

En lo que se refiere a TAMO, ninguno de los pacientes con LMA y con cáncer de mama fallecieron antes de los 100 días del trasplante por causas relacionadas al procedimiento y la mortalidad global a los 100 días del postrasplante es del 4 %. En el IBMTR la MRT por leucemia mieloide aguda es del 8 % para los pacientes trasplantados en primera remisión completa (1° RC) y del 13 % para los trasplantados más tardíamente en el curso de la enfermedad. En tanto, en cáncer de mama es del < 5 % cuando el trasplante se realiza en la situación del adyuvancia. En TXMO la mortalidad global antes de los 100 días postrasplante es del 15 % en nuestro centro. A nivel del IBMTR la mortalidad varía de acuerdo a la patología considerada y a la situación

de la enfermedad.

Nuestros resultados son similares a los informados por el IBMTR: aproximadamente el 57 % de los pacientes sometidos a trasplante alogénico por leucemia mieloide aguda en 1° RC se encuentran vivos y sin evidencia de enfermedad a los 6 años postrasplante; en tanto que 49 % de los sometidos a TAMO por igual patología se encuentran vivos y sin evidencia de enfermedad en igual período de tiempo. La mayoría de estos pueden considerarse curados. Entre el 70 y 80 % de los pacientes con aplasia medular grave sometidos a TXMO están vivos y sin evidencia de enfermedad a los 6 años postrasplante.

Con respecto a los pacientes sometidos a TAMO por cáncer de mama, el 75 % de las pacientes que fueron trasplantadas en situación de adyuvancia por presentar enfermedad localmente avanzada están vivas y sin evidencias de enfermedad a los 5 años postrasplante. Si bien esto parece ser un avance significativo con respecto a los tratamientos anteriores, dadas las características de la enfermedad es necesario esperar más tiempo para demostrar que esto se traducirá en un aumento significativo en la sobrevida de estas pacientes. Los resultados no son tan alentadores para cuando el trasplante se realiza por enfermedad avanzada, es decir metastásica, ya que sólo el 20 % de las pacientes están sin evidencia de enfermedad a los 5 años postrasplante.

Creemos que nuestro programa se ha consolidado en los últimos años y esperamos en un futuro inmediato poder avanzar con el desarrollo de trasplante alogénico con donantes que no sean totalmente histoiénticos, y con técnicas para purgar las CPSP o médula ósea de células contaminantes malignas que puedan ser responsables de recaídas postrasplante en TAMO.

FIGURA 1

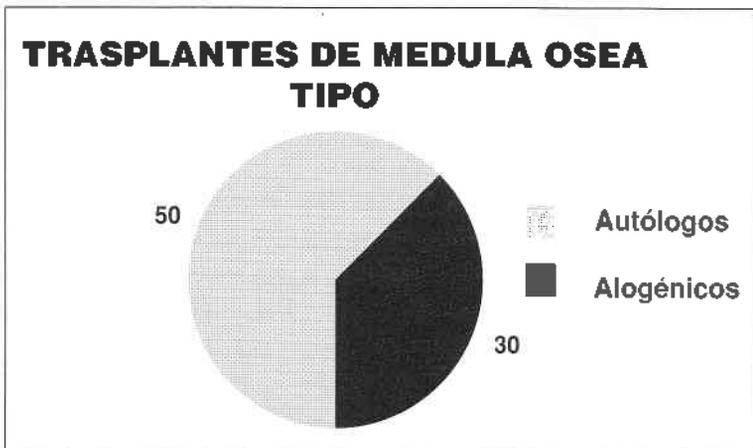


FIGURA 2

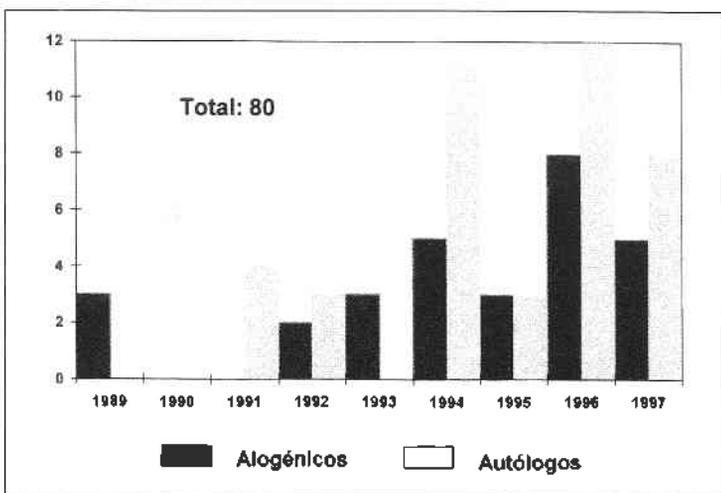


FIGURA 3

TRASPLANTES AUTOLOGOS DIAGNOSTICOS	
LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA	12
CANCER DE MAMA	11
LINFOMAS NO HODGKIN	7
ENFERMEDAD DE HODGKIN	5
MIELOMA MULTIPLE	3
LEUCEMIA LINFATICA AGUDA	2
OTROS TUMORES	10
TOTAL	50

TRASPLANTES ALOGENICOS DIAGNOSTICOS	
LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA	10
LEUCEMIA LINFATICA AGUDA	6
APLASIA MEDULAR GRAVE	5
LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA	3
SINDROMES MIELODISPLASICOS	3
LINFOMAS NO HODGKIN	2
MIELOMA MULTIPLE	1
TOTAL	30

TRASPLANTE PULMONAR

¿Una Terapéutica con futuro?

RESUMEN

Se considera información estadística sobre la experiencia mundial en trasplante pulmonar, la experiencia del Hospital Privado en evaluación de pacientes para trasplante pulmonar y las alternativas posibles para la atenuación del problema de la escasez de donantes.

SUMMARY

Statistical information referred to the world experience on lung transplantation is considered. The experience of the Hospital Privado Lung Transplant Program on evaluation of candidates for lung transplantation is also mentioned along with alternatives for the amelioration of the problem of shortage of donors.

Dr. Ricardo Navarro ¹

Sección Cirugía de Tórax. Hospital Privado

INTRODUCCION

En Mayo de 1996, luego de 20 meses en lista de espera, la Sra. M.A. recibió su trasplante pulmonar unilateral en el Hospital Privado.

Afectada de enfisema difuso relacionado al hábito de fumar, la paciente había recorrido toda la historia natural de esta enfermedad con el deterioro progresivo de la función acompañado de episodios agudos de descompensación. Se encontraba internada en recuperación de uno de ellos luego de ser tratada con asistencia respiratoria no invasiva, cuando apareció un donante compatible.

Quince meses después, M.A. cursa una vida normal, reasumió sus tareas de ama de casa y sólo recibe dosis bajas de inmunosupresores.

Aunque el pulmonar es uno de los trasplantes de órganos sólidos de mas reciente aplicación clínica con una experiencia mundial de alrededor de 6000 pacientes, este resultado exitoso tiene lugar en la mayoría de los trasplantados.

Pero desgraciadamente ocurren en trasplantología pulmonar situaciones como la de R.O., varón de 50 años de edad afectado de silicosis pulmonar. Con una evolución de su enfermedad de mas de diez años, ingresó en lista de espera en Agosto de 1995. Su insuficiencia respiratoria siguió el curso inexorable pero durante el largo período a la espera de donante tuvo un severo deterioro de su estado general falleciendo en caquexia luego de 18 meses en lista de espera sin haber encontrado un donante adecuado.

La identificación de la trasplantología como una práctica compleja y de elevadísimo costo mueve razonablemente a considerar su verdadera utilidad y su futuro ante ejemplos tan dispares. Datos recientes del registro de la Sociedad Internacional de Trasplante Cardíaco y Pulmonar ⁽¹⁾ proveen información útil para esa consideración.

En el análisis de algo más de 6.500 casos trasplandados desde comienzos de la década del '80

1 Jefe de la Sección Cirugía de Torax.

hasta la fecha, se muestra que en los últimos tres años se han realizado a un ritmo de 650 trasplantes anuales con una actividad mucho más intensa en E.E.UU. que en el resto del mundo.

La indicación principal es el enfisema que ocupa más de la mitad de los trasplantados seguida de la fibrosis pulmonar idopática con alrededor del 20 %. La hipertensión pulmonar primaria es la indicación para el 10 % de los trasplantados y el resto esta constituido por patologías diversas. Para los casos de enfermedad séptica pulmonar que requieren trasplante bilateral la principal indicación es la fibrosis quística y excepcionalmente bronquiectasias en estadio terminal.

La sobrevida general a 5 años es ligeramente inferior al 60 % con una sobrevida media postrasplante de 3.9 años aunque deben identificarse diferencias marcadas en relación a la patología que motivó el trasplante.

Existe diferencia estadísticamente significativa en la sobrevida de pacientes trasplantados por enfisema respecto a los trasplantados por hipertensión pulmonar primaria. A dos años, la supervivencia de estos últimos es 20 % inferior a la de los trasplantados por enfisema.

Las causas principales de muerte en el postoperatorio inmediato son la falla primaria del injerto y la infección, y durante el primer año, la infección y el rechazo. La bronquiolitis obliterante, neumopatía obstructiva que en el trasplante pulmonar y cardiopulmonar es considerada una forma de rechazo crónico, es la causa principal de mortalidad alejada y el motivo de que las curvas de sobrevida muestren una declinación continua aún después de los cinco años.

La utilidad del trasplante pulmonar como terapéutica definitiva se evidencia en el hecho de que aproximadamente un tercio de los trasplantados han reasumido en forma total o parcial la actividad laboral que tenían previo al trasplante.

EL PROBLEMA DE LA ESCASA DONACION

La principal dificultad actual para la práctica del trasplante pulmonar lo constituye la escasa

disponibilidad de donantes. Ello trae aparejados no solo el aumento de pacientes en lista de espera y el fallecimiento de los mismos en una proporción de entre el 30 y el 50 %, sino que impide la adquisición de experiencia y el desarrollo de investigación clínica. En E.E.UU. el promedio actual de permanencia de pacientes en lista de espera es ya de dos años y en nuestro país probablemente sea aún superior.

Las razones médicas que explican esta situación son conocidas. A las necesidades particulares del receptor se agregan en el caso del pulmón los efectos deletéreos que ejercen el trauma torácico, la broncoaspiración, la infección asociada a la asistencia respiratoria mecánica y la sobrecarga hídrica. Es conocido que de cada 5 ó 6 donantes útiles de corazón sólo uno tendrá además pulmones adecuados para trasplante.

El Programa de Trasplante Pulmonar del Hospital Privado no ha escapado a esta dificultad conocida en el mundo y por diversos factores especialmente grave, en nuestro país.

Aunque de formación relativamente reciente nuestro programa ha considerado para trasplante 35 pacientes. Como ocurre con frecuencia muchos fueron desestimados previo a la evaluación, algunos por contraindicaciones absolutas (la principal de ellas: edad superior a los 60 años), otros por diagnósticos erróneos y un caso por negativa del paciente.

Fueron sometidos a evaluación pretrasplante 12 pacientes de los cuales 4 no ingresaron en lista de espera: indicación de neumonectomía (1), falta de soporte familiar (1), perdidos en el seguimiento. ⁽²⁾ De los 8 pacientes ingresados en lista de espera fallecieron tres (37.5 %), con una permanencia promedio de 10 meses.

En el análisis de las patologías causales de insuficiencia respiratoria que motivaron la consideración para trasplante, es de destacar la elevada proporción de enfermedad séptica pulmonar particularmente bronquiectasias (14 %). Este dato no aparece en publicaciones internacionales y probablemente sea evidencia de falencias en atención médica que determina una mayor incidencia de esta patología o

bien un cuidado deficiente que condiciona su evolución a la cronicidad e insuficiencia respiratoria.

El asistir pacientes en lista de espera para trasplante es una actividad médica particularmente difícil. A los efectos relacionados específicamente con la disfunción del órgano que en el caso del pulmón son la disnea continua con exacerbaciones y las infecciones, se agrega la atención del estado general del enfermo, de su nutrición y muy especialmente de su estado anímico.

Es fácil imaginar por qué estos enfermos entran en períodos depresivos al percibir su deterioro físico y la prolongación del tiempo en lista de espera, a lo que se agrega no infrecuentemente una sensación de culpa por hallarse a la espera del fallecimiento de una persona de la cual obtener el órgano necesario.

¿Cuáles son las alternativas para que la falta de donación de órganos deje de ser un obstáculo para la práctica del trasplante pulmonar?

Sin dudas una de ellas es el xenotrasplante, esto es, la utilización de pulmones de algún animal. La disponibilidad de esta práctica depende del desarrollo de la inmunología aplicada al trasplante de órganos y se requerirán seguramente todavía varios años de investigación.

El uso de pulmones de donantes cadavéricos con paro cardiocirculatorio parece dar resultados satisfactorios en el campo experimental pero no se encuentra aún en aplicación clínica. De aplicarse, exigirá cambios en el manejo del donante y en el procedimiento de ablación e implante.

La utilización de donantes vivos sí es una realidad clínica con resultados iniciales satisfactorios. A comienzos del corriente año fue presentada en el congreso de la Sociedad de Cirujanos Torácicos de EE.UU. una serie de 38 pacientes con trasplantes de lóbulos pulmonares con excelente evolución. El único límite parece estar dado por la imposibilidad de trasplantar lóbulos que reemplacen la función de un pulmón de tamaño adulto.

Finalmente, la alternativa más próxima pero quizá la más difícil es aumentar la donación de órganos. A pesar de la existencia de entidades ofi-

ciales creadas para esa tarea específica, la donación de órganos es insuficiente en nuestro país y está muy por debajo de los niveles internacionales. Estas entidades oficiales continúan en deuda con la sociedad toda y con los pacientes en lista de espera respecto a brindarles dos elementos básicos:

1. Señales claras de que la trasplantología es una actividad médica útil, enmarcada en standards internacionales conocidos y con sus aspectos legales y éticos controlados.

2. Información **continuada** y en lenguaje adecuado referente a todos los aspectos que conciernen a la muerte cerebral y a los procedimientos de ablación e implante.

BIBLIOGRAFIA

1. The Registry of the International Society for Heart and Lung Transplantation. Fourteenth Official Report, 1997, J. Heart Lung Transpl. 1997; 16:691.

Es preferible salvar la vida de una persona antes que asistir a la muerte de dos.

Wada-Japón (En: Ikeda)

UTILIDAD DE LA REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA (PCR) EN EL MONITOREO DE INFECCION POR CITOMEGALOVIRUS HUMANO (CMV) EN EL PERIODO INMEDIATO POST TRASPLANTE RENAL.

RESUMEN

En trasplante renal (Tx) la infección asintomática por CMV ha sido demostrada en 60 a 80 % de los pacientes (ptes) y la infección sintomática aumenta su morbi-mortalidad. Se investigó en forma prospectiva la viremia por CMV en linfocitos de sangre periférica (PBL) por la técnica de PCR en el período inmediato post-trasplante y los hallazgos fueron relacionados con otros parámetros de laboratorio y clínicos. Fueron estudiados semanalmente 51 ptes con trasplante renal, no seleccionados, desde el día cero a la cuarta semana post-trasplante y en caso de reinternación. Todos los pacientes recibieron inmunosupresión con esquema triple. Los hallazgos sugieren: ⁽¹⁾ La detección de ADN de CMV en PBL al tiempo del Tx es elevada y sin asociación clínica. ⁽²⁾ Ningún pte con PCR negativa pre Tx desarrolló enfermedad por CMV post Tx. ⁽³⁾ La IgM anti CMV sería de poca utilidad en la reactivación de enfermedad por CMV en ptes Tx renales. ⁽⁴⁾ La presentación de enfermedad por CMV antes del primer mes post Tx podría asociarse a mal pronóstico. ⁽⁵⁾ La simple detección de ADN-CMV en PBL en el período post Tx renal inmediato no sería la técnica adecuada para el diagnóstico de enfermedad por CMV.

Palabras clave: Trasplante renal - Citomegalovirus - Reacción en cadena de la polimerasa.

Dra. Teresita de Alvarellos ⁽¹⁾ - Bioq. Valeria Mas ⁽²⁾ - Bioq. Susana Albano ⁽³⁾ - Dr. Constancio Giraudo ⁽⁴⁾ - Dr. Pablo Massari ⁽⁵⁾ - Dra. Graciela de Boccardo ⁽⁶⁾
Laboratorio de Histocompatibilidad e Inmunogenética.
Hospital Privado.

SUMMARY

Asymptomatic CMV infection has been demonstrated in 60 % to 80 % of renal transplant and the symptomatic infection has been correlated with increased morbidity and mortality. Several new techniques have been developed for early detection of CMV. We have prospectively search for CMV viremia in peripheral blood lymphocytes (PBL) by the polymerase chain reaction technique (PCR), in the early post transplant periodo and tried to correlate it with other clinical and laboratory parameters. Fifty one consecutive non selected renal allograft recipients, were studied at weekly intervals form day 0 up to 4 weeks. Triple immunosupression was the standard treatment.

The findings suggest: a) Detection of CMV DNA by PCR from PBL had a high positivety at transplant time without clinical implications. b) May be a relationship between replication of CMV and T cell activation which is suggested by higher SB in CMV DNA positive patient in the absence of clinical rejection. c) Detection of CMV DNA by PCR techniques in PBL in Early Renal post transplant does not seem to be a useful technique for and accurate diagnosis of CMV disease.

Key words: Renal transplantation - Cytomegalovirus

Polymerase Chain Reaction.

1 - Jefa de Departamento de Laboratorios - Hospital Privado.

2 y 3 - Bioquímicas Adjuntas de Histocompatibilidad - Hospital Privado.

4 - Jefe del Servicio de Histocompatibilidad - Hospital Privado.

5 - Jefe del Servicio de Nefrología - Hospital Privado.

6 - Jefa del Programa de Trasplante Renal - Hospital Privado.

INTRODUCCION

El virus citomegalovirus (CMV) está ampliamente distribuido en humanos (Gol and Nankervis, 1989). Sin embargo, la mayoría de los individuos padecen la infección de manera asintomática. Los pacientes inmunosuprimidos, contrariamente, pueden presentar clínica severa e incluso a veces ésta puede ser fatal ^(1, 2, 3).

La infección por CMV ha sido demostrada en el 60-80 % de pacientes trasplantados renales y la infección asintomática ha sido asociada con incremento de la morbimortalidad. ⁽⁴⁾ Con el advenimiento de nuevos agentes terapéuticos para el tratamiento, se han desarrollado técnicas diagnósticas rápidas y más sensibles. ^(5, 6, 7) Las técnicas de cultivo rápido poseen menor sensibilidad comparadas con el cultivo estándar de muestras sanguíneas (Gleaves et al, 1985). La detección de antígenos virales usando enzimoimmunoensayos son poco sensibles y la técnica tiene muchos interferentes (Griffiths, 1989).

La detección de ADN por hibridización usando sondas específicas es sensible solamente en células con un alto número de copias de CMV (Augustin et al, 1987). La amplificación enzimática de ADN usando la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) ha mostrado ser una nueva alternativa en el diagnóstico de CMV ^(5, 6, 7, 8).

PCR es un método de amplificación enzimática "in vitro" de una región de ADN de secuencia conocida mediante repetidos ciclos de denaturalización del ADN, unión de los oligonucleótidos específicos que delimitan la región a amplificar y extensión polimerasa dependiente del segmento de interés. (Mullis and Fallona, 1987) Después de cada ciclo de extensión y nueva desnaturalización los productos de PCR sirven de molde para una nueva amplificación.

La detección del producto amplificado (amplicón) puede ser realizado por diferentes técnicas. La más usada es la visualización en gel de agarosa teñido con bromuro de etidio y expuesto a luz ultravioleta.

Nosotros hemos investigado en forma prospectiva la viremia por CMV en linfocitos de sangre periférica usando PCR en el período inmediato post trasplante. Nuestro objetivo fue valorar la utilidad de PCR cualitativa en el diagnóstico de infección por CMV en el período inmediato post trasplante renal.

MATERIAL Y METODOS

Se monitorearon 51 pacientes receptores de trasplante renal no seleccionados, semanalmente, desde el día cero hasta el mes post trasplante. Todos los pacientes recibieron inmunosupresión con esquema triple. Los anticuerpos IgG e IgM fueron investigados en el momento pre trasplante en donantes y receptores.

Se consideró enfermedad por CMV cuando el paciente presentó fiebre ($>38^{\circ}$ C durante dos días consecutivos), leucopenia, alteración en las enzimas hepáticas y daño histológico compatible con CMV. Todos los pacientes que desarrollaron enfermedad fueron tratados con ganciclovir.

El monitoreo inmunológico se realizó con la técnica de blastogénesis espontánea (BE) y PCR fueron realizados desde el día cero y semanalmente hasta el momento del alta y en caso de reinternación. Se analizaron factores de riesgo tales como número de transfusiones, número de trasplantes previos, serología pre trasplante de donante y receptor y tiempo en diálisis. Se valoraron datos clínicos y parámetros bioquímicos: número de plaquetas, número de glóbulos blancos, enzimas hepáticas, fiebre, hipoxemia, etc.

Parámetro	n	porcentaje
IgM	3/5	60%
leucopenia	4/5	80%
fiebre	4/5	80%
blastogénesis espontánea	3/5	60%

Tabla 1: Parámetros clínicos en pacientes con enfermedad por CMV

Extracción de ADN:

Células de sangre periférica: los linfocitos de sangre periférica estéril anticoagulada con EDTA fueron separados usando Ficoll-Hypaque. Luego de ser llevados a una concentración de un millón de células por mililitro, el ADN fue extraído mediante lisis alcalina y se usó 5 ul en la reacción de PCR.

Plasma: 400 ul de plasma de sangre periférica anticoagulada con EDTA fueron centrifugados a 14.000 rpm durante 15 minutos. El sobrenadante fue descartado y el pellet lavado en solución fisiológica. Luego el pellet fue resuspendido en 200 ul de buffer 10X de PCR con 0,1 % de NONIDET P40 y calentado a 100° C durante 10 minutos.

Reacción de PCR: los oligonucleótidos usados fueron sintetizados por Cyber-Cyn (Lenni P.A.). Las secuencias utilizadas fueron complementarias a una región del cuarto exón del gen inmediato temprano del citomegalovirus humano. Se utilizaron 32 ciclos formados por un minuto a 95° C, 3 minutos a 65 °C. El producto amplificado fue visualizado en gel de

agarosa al 2 % con 0.5 ug/ml de bromuro de etidio.

La banda esperada fue de 137 pb. Por cada reacción se utilizó control positivo (ADN de CMV extraído de cultivo viral), control negativo (ADN de placenta humana) y blanco de reacción.

Análisis de sensibilidad: la sensibilidad de la técnica fue valorada usando un control positivo de ADN de concentración conocida realizando diluciones seriadas en factor de diez.

Blastogénesis espontánea: Linfocitos de sangre periférica a una concentración de un millón de células por mililitro fueron resuspendidos en medio de cultivo RPMI, 20 % de suero bovino fetal y enriquecido con aminoácidos y vitaminas, y cultivados en presencia de 1 uC de timidina tritiada durante 24 hs a 37° C, 5 % de CO2. Las cuentas fueron leídas en contador de centelleo beta y los resultados expresados en cuentas por minuto (cpm).

Grupo control negativo: se monitorearon 10 pacientes no trasplantados, con sero-

logía positiva para CMV.

Grupo control inmunosuprimido: 10 pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) con serología positiva para CMV.

RESULTADOS

La serología pre trasplante mostró 92.1 % de receptores positivos para CMV y 29.4 % de donantes. De los 51 pacientes que fueron estudiados con PCR en el pre trasplante, 23 (47.1 % - Grupo I) presentaron resultados positivos, mientras que los 28 restantes (54.9 % - Grupo II) fueron negativos. De los pacientes del grupo I, 16/23 (69.6 %) mantuvieron su positividad a lo largo del monitoreo, presentando síndrome CMV dos pacientes antes del mes post trasplante y uno dentro de los tres meses post trasplante. Los tres pacientes tuvieron mala evolución. Los mismos, presentaron compromiso pulmonar con muestras de lavado broncoalveolar positivas para CMV mediante PCR. Como hallazgo post mortem se observaron lesiones histológicas prominentes compatibles con CMV en pulmón.

De los 7/23 pacientes (30.4 %) pertenecientes al mismo grupo que en el post trasplante inmediato tuvieron PCR negativo, 2 pacientes presentaron CMV después del primer mes post trasplante, positivizando PCR en ese momento. Los pacientes fueron tratados y tuvieron buena evolución.

Los pacientes que presentaron síndrome CMV (5/51-9.8 %) eran seropositivos al momento de la infección y los valores de blastogénesis espontánea (BE) fueron elevados sin asociación a episodios de rechazo. (tabla 1)

De los 28/51 pacientes (54,9 %) que presentaron PCR negativa en el pre trasplante, 12 (42,8 %) se mantuvieron negativos durante

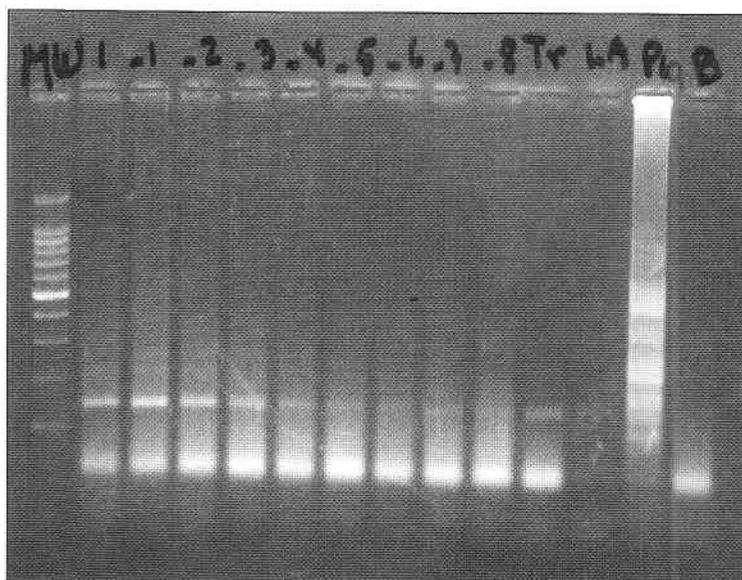


Fig. 1: Curva de sensibilidad (10 copias) de la reacción PCR para CMV usando ADN de CMV extraído de cultivo viral.

todo el monitoreo, mientras que 16 (57.2 %) alternaron con resultados positivos. En este último grupo 11/16 pacientes tuvieron otras complicaciones: 5 pacientes presentaron PCR positiva para virus de la hepatitis C (VHC), 5 infecciones urinarias y uno, neumonitis por hipersensibilidad a drogas. No hubo diferencias entre los grupos en el tiempo en diálisis, número de transfusiones, elevación de enzimas hepáticas, episodios de rechazo de alta. El análisis de BE no mostró diferencias entre grupos. El monitoreo de CMV en plasma ha incluido 20 pacientes, pero sólo observamos positividad en uno que presentó síndrome CMV. En el grupo control inmunosuprimido (pacientes con LES) el hallazgo de presencia de ADN de CMV fue elevado (82 %) sin asociación a clínica.

DISCUSION

En la mayoría de los estudios publicados en trasplantados renales, linfocitos de sangre periférica han sido usados como sustrato para la reacción de PCR. Esta reacción en este material es claramente más sensible (10 copias virales) que el cultivo para la detección de

CMV. Como consecuencia de esta elevada sensibilidad un resultado positivo puede predecir la clínica hasta en 3 semanas. Esto lleva a que la técnica posea un valor predictivo negativo del 100 %^(5, 6, 7). Pero al observar muchos pacientes que mostraron resultados positivos y nunca tuvieron síndrome CMV, creemos que en este grupo de pacientes, en los cuales probablemente existan períodos replicativos virales sin asociación a enfermedad, la PCR cualitativa para CMV es de escasa utilidad.⁽⁸⁾

Plasma y suero han sido también usados para la PCR. En éstos casos, un resultado positivo sería representativo de viremia y tendría mayor asociación con la clínica del paciente.

La elevación de IgM generalmente es tardía con respecto a los síntomas y la mayoría de los pacientes inmunosuprimidos no la producen en la reactivación de la enfermedad. La asociación de infección por CMV con infección bacteriana⁽⁹⁾ ha sido observada por otros, aunque el mecanismo permanece aún desconocido.

Nosotros observamos positividad de PCR en pacientes que presentaron infecciones bacterianas y de otros virus, sin manifestar enfermedad por CMV. Ante una infección que es tan frecuente y de gran impacto en la morbimortalidad de este grupo de pacientes, creemos que se deben desarrollar otras técnicas moleculares tales como PCR cuantitativa (10, 11, 12) para poder discriminar entre pacientes que desarrollarán enfermedad de los que no la desarrollarán a pesar de tener ambos grupos ADN de CMV en circulación.

BIBLIOGRAFIA

1. Umana J, P; Mutimer DJ; Shaw JC; et al; Cytomegalovirus surveillance following liver transplantation: does it allow pre symptomatic diagnosis of cytomegalovirus? *Transplant Proc* 1992; 24:2463.
2. Pillay D; Charman H; Burroughs AK; et al; Surveillance for CMV infection in orthopic liver transplantation. *Transplantation* 1993; 56:103.
3. Pillay D; Ali AA; Liu Sf; et al. The prognostic significance of positive CMV cultures during surveillance of renal transplant recipients. *Transplantation* 1993; 56:103.
4. Germa G; Zipeto D; Pare M et al; Monitoring of human cytomegalovirus infections and ganciclovir treatment in heart transplant recipients by determination of viremia, antigenemia and DNAemia. *J Infect Dis* 1991; 164:488.
5. Halwachs G; Zach R; Pogglish H et al; Rapid detection of human cytomegalovirus DNA in peripheral blood of organ -transplanted patients in clinical practice-. *Transplantation* 1993; 56:338.
6. Schmidt CA; Oettle H; Peng R; et al; Comparison of polymerase chain reaction from plasma and buffy-coat with antigen detection occurrence of IgM for the detection of cytomegalovirus infection after liver transplantation. *Transplantation* 1995, 1133.
7. Kidd IM; Fox JC; Pillay D; Charman H et al. Provision of prognostic information immunocompromised patients by routine application of the polymerase chain reaction. *Transplantation* 1993; 56:867.
8. Patel R; Smith TF; Espy M et al; A prospective comparison of molecular diagnostic techniques for the early detection of cytomegalovirus in liver transplant recipients. *J Inf Dis* 1995; 171:1010.
9. Paya CV; Wiemer RM; Hermans PE; et al. Risk factors for cytomegalovirus and severe bacterial infections following liver transplantation: a prospective multivariate time-dependent analysis. *J. Hepatol* 1993; 18:185.
10. Rasmuyssen L.; Monis S; Zipeto Y; et al. Quantitation of human cytomegalovirus DNA from peripheral blood cells of human immunodeficiency virus-infected patients could predict cytomegalovirus retinitis. *J Infect Dis* 1995, 171:177.
11. Abecasis M; Koffron A.; Kaplan B; et al. The role of PCR in diagnosis and management for CMV in solid organ recipients. *Transplantation* 1997; 63:275.
12. Gallez-Hawkins G; Tegimeier B; Veer A, et al. Evaluation of Quantitative plasma PCR plate assay for detecting cytomegalovirus infection in marrow transplant recipients 1997;35:788.

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LAS COMUNICACIONES INTERAURICULARES (CIA) EN ADULTOS

RESUMEN

Entre enero de 1981 a diciembre de 1996, se efectuaron correcciones quirúrgicas de CIA en 29 pacientes. La edad media fue de 34 años (rango 16-59). El diagnóstico se realizó con ecocardiografía en el 80 % y estudios hemodinámicos en el 94 %. Hipertensión pulmonar se detectó en el 37 %. Se detectaron las siguientes otras patologías: estenosis pulmonar en 2 enfermos (7 %), enfermedad coronaria en otros dos (7 %) y drenaje venoso anómalo pulmonar también en 2 oportunidades (7 %). La reparación consistió en el cierre directo del defecto (89,7 %) y solamente en 3 pacientes, el cierre fue con parche de pericardio. No hubo mortalidad operatoria. Un paciente presentó un accidente cerebrovascular leve que revirtió totalmente. El 76 % fue dado de alta en los primeros 5 días. En 24 (82,7 %) se realizó seguimiento de 45 meses de promedio. Se encontraron 22 asintomáticos, una CIA recurrente y otro presentaba fibrilación auricular con severa hipertensión pulmonar sin recidiva del defecto atrial.

Palabras clave: Comunicación interauricular - Cirugía cardíaca.

SUMMARY

Between January 1981 to December 1996, a serie of 29 patients had surgical correction of atrial septal defect. Average age: 34 years old (range 16-59). In 80 % of the patients ecocardiography was used for diagnosis and 94 % had hemodynamic study. Pulmonary hypertension was found in 37 % and other associated diseases as: pulmonary stenosis 2 (7 %), coronary disease 2 (7 %) and pulmonary anomalous venus drenaje 2 (7 %) were found. The direct closure was the technic applied in 89.7 %; and a pericardial graft was used only in three patients. No surgical mortality in this serie. One patient had a light cerebro-vascular accident with complete recuperation. Seventy five % were discharged before 5 days post operative. Follow up of 45 months was posible in 24 (82,7 %) patients. Twenty two were a syntomatic. One recurred and other had atrial fibri-

Dr. Pablo Marín ⁽¹⁾; Dr. Guillermo Paladini ⁽²⁾; Dr. Sergio Tamayo ⁽³⁾; Dr. Moisés Martínez Colombres ⁽⁴⁾; Dr. Henry Paladini ⁽⁵⁾ y Dr. Roque Córdoba ⁽⁶⁾.
Servicio de Cirugía Cardio Torácica y Vascular.
Hospital Privado.

lation with severe pulmonary hypertension with no recurrence of the atrial defect.

Key words: Atrial septal deffect - Cardiac surgery

INTRODUCCION

La incidencia de cardiopatías congénitas es de 8 cada mil nacidos vivos. En EE.UU. se estima que nacen 25.000 con cardiopatías congénitas anuales de las cuales el 85 % llegan a la edad adulta. Por otro lado habría entre 500.000 a 600.000 adultos con cardiopatías congénitas. ⁽⁴⁾

La anomalía congénita mas común en los adultos es la aorta bicúspide seguida por los defectos interauriculares aislados y dentro de estos los de tipo ostium secundum.

Maurice Campbell publicó en 1957 un reporte clásico de la sobrevida de pacientes con CIA no operados que mostraba que 2/3 de los pacientes llegaba a la edad de 30 años pero 2/3 no sobrepasaba los 50 años y el 90 % estaba muerto a los 60. ⁽⁵⁾

Publicaciones actuales plantean controversias sobre este hecho dando mejor sobrevida a los pacientes no sometidos a cirugía.

MATERIAL Y METODO

Se analizan retrospectivamente las comunicaciones interauriculares operadas en ésta Institución desde enero del '81 a diciembre del '96'. Se revisaron 29 pacientes que recibieron cirugía por defectos auriculares aislados o asociados a otras cardiopatías. La edad media fue de 34 años, con rango entre 16 y 59 años. Veintidós (76 %) eran mujeres y 7 (24 %) eran varones. Un 76 % de los pacientes presentaron sintomatología. La edad promedio de inicio de ésta fue de 28 años, con rango de 1 a 59 años, que motivaron la consulta clínica. Estos fueron

• Disnea:	42,8 %
• Palpitaciones:	35,7 %
• Dolor torácico:	22,1 %
• Arritmias:	17,8 %
• Mareos:	10,7 %
• Lipotimia:	7 %
• Disnea paroxística nocturna	7 %

En el electrocardiograma se encontró.

• Bloqueo completo rama derecha:	51,7 %
• Trastornos difusos de la repolarización ventricular	14 %
• Bloqueo A-V de primer grado:	10,3 %
• Hemibloqueo anterior izquierdo:	7,8 %
• Bloqueo trifascicular:	3,4 %

El diagnóstico se realizó por ecocardiograma en un 80 % donde se evidenció además:

• Agrandamiento en el ventrículo derecho:	35,7 %
• Movimiento paradójico del septum:	18,2 %
• Agrandamiento de la aurícula derecha:	18,8 %
• Agrandamiento de la aurícula izquierda:	14,8 %
• Insuficiencia tricuspídea:	7 %

Se realizó angiografía en el 94 % de los pacientes que mostró además:

• Hipertensión pulmonar:	37,9 %
A) Leve:	24,1 %
B) Moderada:	13,8 %
• Prolapso de válvula mitral leve:	32,2 %
• Estenosis pulmonar:	10,3 %
• Drenaje venoso anómalo parcial:	6,8 %
• Enfermedad coronaria:	6,8 %

El 28 % de los pacientes fumaba, y el 17 % era medicado por hipertensión arterial. En la operación se encontraron 27 (93,2 %) con defecto interauricular tipo ostium secundum y 2 (6,8 %) tipo seno venoso.

Se realizaron además dos valvuloplastias pulmonares, dos revascularizaciones coronarias y una corrección de un drenaje venoso anómalo parcial supracardíaco. En el otro la anomalía no fue po-

sible corregirla por ser una vena pulmonar superior derecha lobar que desembocaba en la vena innominada.

Se realizó cierre directo en 26 casos (89,7 %) y con parche de pericardio en 3 (10,3 %).

El tiempo de circulación extracorpórea (CEC) fue de un promedio de 38' con un rango de 12' a 140'. Teniendo un tiempo de CEC de menos de 30' en un 23,6 %.

Se extubaron en la sala de operaciones el 58,6 % de los enfermos y antes de las primeras 6 hs. 25 % más. Un 79,5 % de ellos permaneció menos de dos días en unidad coronaria y un 76 % del total fue dado de alta antes de los primeros cinco días del postoperatorio.

En seis enfermos se registraron arritmias que revirtieron con tratamiento farmacológico. Estas fueron:

• Fibrilación auricular:	3
• Taquicardia ventricular:	1
• Flutter auricular:	1
• Taquicardia supraventricular paroxística:	1

Un paciente tuvo un accidente cerebrovascular menor postCEC con hemianopsia derecha.

El seguimiento se logró en 24 pacientes (82,7 %) con una media de 45 meses. La mejoría objetiva se observó en 22 de ellos. Un paciente con fibrilación auricular crónica en el postoperatorio alejado e hipertensión pulmonar severa sin recidiva del defecto atrial y 1 paciente en el que se detectó una CIA recurrente que rehusó una reoperación.

DISCUSION

El tratamiento quirúrgico de los defectos atriales en adultos fue discutido en los últimos tiempos por Shah y colaboradores⁽⁶⁾ si se lo compara con el tratamiento médico.

Hay múltiples estudios que analizan la eficacia, la baja mortalidad, la prevención de patologías concomitantes de la CIA crónica y la restitución total a una vida normal postoperatoria.⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾

El primer informe sistemático sobre CIA fue realizado en 1934 por Roessler donde se analizaron 64 pacientes postmortem. ⁽¹¹⁾ El promedio de edad de muerte fue de 36 años y se dieron por falla cardíaca a menudo asociadas con fibrilación auricular. La primera descripción sobre la historia natural de la comunicación interauricular fue hecha por Campbell, ya citada. El, además, calculó la mortalidad por décadas y ésta es del 0 a 6 % anual, entre la primera y segunda década, del 3 a 6 % anual en la cuarta década, y más del 9 % anual posterior a la sexta década.

La presencia de hipertensión pulmonar es rara en pacientes jóvenes, pero se incrementa con la edad. El 30 % de los pacientes, más allá de la quinta década tiene presión sistólica pulmonar mayor de 50 mm Hg. De estos el 40 % de las comunicaciones interauriculares murieron en la quinta década. El 90 % de los que sobrevivieron a la sexta década están severamente limitados por episodios de fibrilación auricular, bronquitis recurrentes o infartos pulmonares. ⁽¹²⁾

El deterioro sintomático se atribuye al tamaño del defecto. La hipertensión pulmonar está condicionada además a la reactividad del árbol pulmonar, a la presencia de fibrilación auricular, a la hipertensión arterial, a infecciones pulmonares recurrentes, a la menor complacencia del ventrículo derecho o a la presencia de trombos en la aurícula izquierda. ⁽¹³⁾

Herbert y col. probaron un beneficio a los cuatro meses en la tolerancia al ejercicio posterior al cierre quirúrgico, con restitución total a los diez años de la cirugía. ⁽¹⁴⁾

El tratamiento quirúrgico de los defectos atriales previene todos los cambios o los retrograda.

Nuestra experiencia es concordante con la literatura: hubo preminentemente mujeres con un 93 % de defectos atriales tipo ostium secundum, con buena evolución postoperatoria inmediata, con tiempo de circulación extracorpórea cortos, con extubación en quirófano en un 58.6 % y un 76 % de los pacientes permanecieron internados menos de 5

días.

Se logró un buen status performance a lo largo de 45 meses libres de sintomatología en 22 pacientes, lo que hace de este procedimiento quirúrgico, un método seguro y eficaz que debe ser ofrecido a cada paciente con defecto atrial, no importando su edad.

Las nuevas técnicas de abordaje por minitoracotomía agregaron mayores beneficios a los citadas como menos dolor, menos tiempo de internación y mayor estética.

Kostantinides y col. concluyó ⁽¹⁵⁾ que el cierre quirúrgico tiene una tasa de sobrevida a los 10 años de un 95 % contra un 84 % con tratamiento médico y previene la progresión en el deterioro funcional, pero no se observan cambios en la aparición de arritmias atriales, como en la reducción de las complicaciones tromboembólicas.

CONCLUSION

El cierre quirúrgico de los defectos septales aislados o asociados a otras cardiopatías congénitas o adquiridas ha demostrado ser un procedimiento seguro y de baja morbimortalidad.

El hallazgo de comunicación interauricular en pacientes adultos plantea siempre el tratamiento quirúrgico para evitar las complicaciones posibles de la sobrecarga crónica del corazón derecho.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Rashkin WJ. History aspect of congenital heart disease. Birth Defect. 1972; 8: 2-8.
- 2) Edwards JE, Carey LS, Neufeld HV, et al. Congenital heart disease. Correlation of pathologic anatomic and angiography. vol. 1. Philadelphia. WB Saunders. 1965:191-234.
- 3) Bedford De, Papp C, Parkinson J. Atrial septal defect. Br Heart; 3: 37-68.
- 4) Perloff JK. Congenital heart disease in adults. A new cardiovascular subspeciality. Circulation. Nov 1991; 84:1881-1890.
- 5) Campbell M.. Natural history of atrial septal defect. Br Heart J. 1970; 32; 820-6.
- 6) Shah D, Aznar M, Oakley CM, Cleland JGF, Nihoy Annopoulos P. Natural history of secundum atrial defect in adults after medical or surgical treatment. A historical prospective study. Br. Heart J. 1994; 71:224-228.
- 7) Perloff JK. Surgical closure of atrial septal defect in adults - Editorial - N. Engl. J. Med. Ag. 1995; 333:513-4.
- 8) Shibata Y, Abe T, Kuribayashi R, Sekine S., Seki K, Yamagishi I, Chanda J. Surgical treatment of isolate secundum atrial septal defect in patient more than 50 years old. Ann. Thorac. Surg. 1996; 62: 1096-9.
- 9) Ward C. Secundum atrial septal defect. Routine surgical treatment is not a proven benefit. Br. Heart J. 1994; 71:219-23.
- 10) Murphy JG, Gersh BJ, Mc Good DC et al. Long term outcome after surgical repair of isolate atrial septal defect; follow up at 27 to 32 years. N. Engl. J. Med. 1990; 323:1645-50.
- 11) Roesler H. Interatrial septal defect. Arch. Int. Med. 1934; 54:339-80-0.
- 12) Markman P, Howitt G, Wade EG. Atrial septal defect in the middle aged and elderly. Q.J. Medicine. 1965; 34:309-26.
- 13) Reed WA, Dunn MI. Long term results of repair of atrial septal defect. Am. J. Surg. 1971; 121:724-7.
- 14) Helber V, Baumann R., Seboldt H. et al. Atrial septal in adults. Cardiopulmonary exercise capacity before and 4 months, and 10 years after defect closure. J. Am. Coll. Cardiol. 1997; 29:1345-50.
- 15) Kostantinides S. et al. A comparison of surgical and medical therapy for atrial septal defect in adults. N. Engl. J. med. 1995; 333:469-73.

*Hay tres clases de mentiras:
las simples mentiras, las mentiras sagradas
y las estadísticas.*

Disraeli

TUMORES "DE NOVO" EN PACIENTES CON TRASPLANTE HEPATICO

RESUMEN

En nuestra serie de 439 pacientes sometidos a Trasplante Hepático Ortotópico (THO) 19 (4,3 %), desarrollaron "tumores de Novo": 8 linfomas, 8 carcinomas viscerales (2 de esófago, 2 de pulmón, 2 de riñón, 1 de laringe y 1 de piso de boca), 2 sarcomas (1 sarcoma de Kaposi de injerto hepático y 1 cordoma) y 1 cáncer de piel.

La sobrevida actuarial a 1 y 4 años posterior al THO para estos 19 pacientes fue de 51 % y 36 % respectivamente. Nueve pacientes están vivos en la actualidad, 3 de ellos con enfermedad tumoral.

Palabras clave: Tumores "de novo" y trasplante hepático.

SUMMARY

Nineteen out of 439 patients (4.3 %) in our series of orthotopic liver transplantations (OLT) developed a "de novo" cancer in the follow-up: (8) lymphomas; (8) visceral carcinoma; (2 esophagus, 2 lung, 2 kidney, 1 laryng, 1 floor of the mouth); (2) sarcoma (1 Kaposi's sarcoma in the graft and 1 Chordoma) and 1 skin cancer.

The actuarial survival rate at 1 and 4 years post-OLT for the nineteen patients was 51 % and 36 %, respectively.

Nine out of 19 are alive (three tumoral disease).

Key words: "De novo" tumors - Liver transplantation.

Dr. Lucio Obeide (1), Dr. Hugo Ruiz (2), Dr. Ramón Gómez Sanz (3), Dr. Carmelo Loínaz Seguro (3), Dr. Ignacio González Pinto (3), Dr. Ignacio García García (3), Dr. Enrique Moreno González (4).

SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL, APARATO DIGESTIVO Y TRASPLANTE DE ORGANOS ABDOMINALES. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

INTRODUCCION

El trasplante de órganos sólidos requiere tratamiento inmunosupresor prolongado, necesitando en situaciones como el rechazo agudo, inmunosupresión adicional (esteroides, OKT 3). Esta supresión inmunológica y la presencia de virus oncogénicos tales como el de Epstein Barr (VEB), hepatitis B (VHB), hepatitis C (VHC), predispone al paciente trasplantado a un elevado riesgo de desarrollar tumores de novo (100 veces más riesgo que la población general).

El pronóstico varía dependiendo del tipo de tumor, aunque es ampliamente aceptado que estos tipos de tumores son más agresivos comparados con los vistos en la población general.

MATERIAL Y METODOS

Se analiza retrospectivamente la incidencia de tumores de novo en 439 pacientes con 515 THO realizados desde 1986 hasta Enero de 1997.

El régimen de inmunosupresión se basó en Ciclosporina A (CsA), Esteroides y Azatioprina. Recientemente hemos iniciado un protocolo prospectivo randomizado de CsA vs Tacrolimus (FK506). Luego del tercer mes la inmunosupresión consistió en bajas dosis de CsA (para alcanzar un nivel por debajo de 150 ng/ml - RIA monoclonal) y esteroides (Metilprednisolona 0.1 mg/kg/día). El tratamiento inicial de los episodios de Rechazo Agudo (Celular) se realizó en bolos de esteroides, agregando OKT 3 (IgG2 anti CD3 de linfocitos T maduros) en aquellos episodios córtico resistentes.

Se realizó seguimiento ambulatorio periódico, incluyendo examen físico, hemograma, bioquímica hepática, dosaje sérico de drogas inmunosupresoras y otros estudios que fueron considerados

1 Servicio de Cirugía General, Hospital Privado Córdoba.

2 Servicio de Cirugía General, Hospital Nacional.

Prof. Alejandro Posadas Bs. As.

3 Servicio de Cirugía General, Aparato Digestivo y Trasplante de Organos Abdominales, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.

4 Jefe del Servicio de Cirugía General, Aparato Digestivo y Trasplante de Organos Abdominales, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.

necesarios en relación a los síntomas y signos referidos por los pacientes (Rx de tórax, ecografía, TAC, biopsia hepática, etc.) No realizamos screening para cáncer en nuestros pacientes trasplantados.

RESULTADOS

De los 439 pacientes trasplantados, 19 (4,3 %) presentaron tumores de novo. 17 (89,5 %) fueron hombres y 2 mujeres, con una edad media de 42 años (rango 12-59). La etiología de la enfermedad hepática que llevó al trasplante fue alcohólica en 8 pacientes, viral en 7, autoinmune en 1, cirrosis biliar primaria en 1 y fallo hepático fulminante en 1. Estos tumores de novo fueron divididos en:

1. Linfomas: 8 linfomas Hodgkin derivados de células B. El intervalo de tiempo entre el THO y el diagnóstico promedió en 19,5 meses (rango 3-76 meses). Hubo una enfermedad linfoproliferativa policlonal, un linfoma de Burkitt, uno linfoblástico, uno inmunoblástico, dos a células grandes y un linfoma pulmonar a células B.

Todos los pacientes fueron tratados con suspensión de la inmunosupresión y todos menos uno con quimioterapia específica. Se obtuvo remisión total o parcial en 6 de 7 pacientes, estando el restante bajo tratamiento en la actualidad.

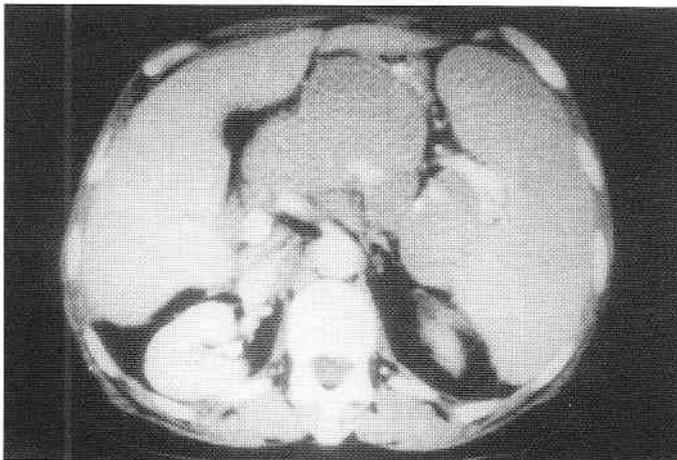


Fig. 1: Linfoma inmunoblástico retroperitoneal en un paciente de 59 años - 28 meses después de THO.

De estos 8 enfermos 4 murieron: uno por progreso de la enfermedad linfoproliferativa y 3 por rechazo ductopénico (con hepatitis crónica a VHC en dos). 2. Carcinomas: 9 enfermos presentaron carcinomas, con un intervalo de tiempo desde el THO de 38 meses (rango 6-120 meses). Estos carcinomas fueron originarios de riñón en 2 pacientes (ambos resecados y libre de enfermedad); pulmón en 2 (uno tratado con radioterapia y muerto 16 meses después y el otro no tratado con enfermedad diseminada en la actualidad); esófago en 2 (uno tratado con esofagectomía transhiatal y el otro considerado irreseccable, ambos muertos a los 2 y 3 meses respectivamente); laringe en 1 (resecado y muerto por recu-

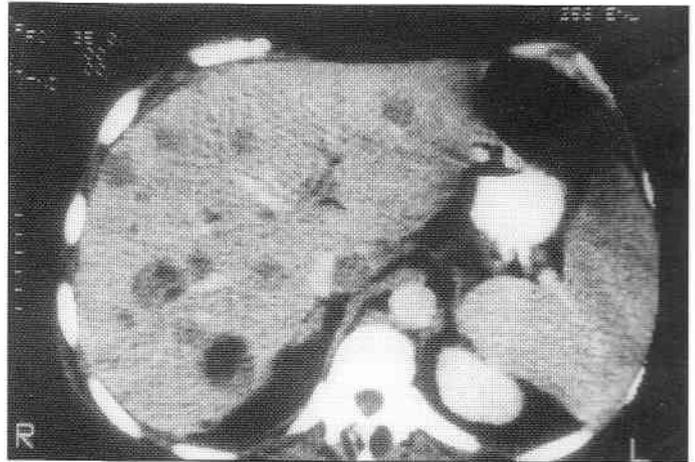


Fig. 2: Metástasis hepáticas del carcinoma de hipofaringe en un paciente de 45 años - 36 meses después de THO.

rrencia de la enfermedad 5 meses después); y un carcinoma de piso de la boca en 1 (operado y libre de enfermedad). Los tres pacientes con carcinomas escamosos (esófago y laringe) se desarrollaron en pacientes con cirrosis alcohólica previa al THO.

3. Sarcomas: un paciente presentó un sarcoma de Kaposi del injerto hepático a los tres meses del implante, muriendo por progresión de la enfermedad al mes del diagnóstico. Otro paciente presentó un cordoma vertebral 26 meses después del THO; 43 meses después de la resección requirió nueva cirugía por recidiva local.

La sobrevida actuarial a 1 y 4 años post

THO para estos 19 pacientes con cánceres de novo fue de 51 % y 36 % respectivamente. 9 de los 18 pacientes están vivos, 3 con enfermedad tumoral.

CONCLUSIONES

* Tanto la frecuencia como el crecimiento tumoral están incrementados en pacientes inmunodeprimidos. El curso de carcinomas de laringe, esófago y pulmón ha sido extremadamente agresivo en esta serie.

* Para prevenir esta predisposición neoplásica parece conveniente mantener la dosis más baja posible de inmunosupresores.

* La aparición de rechazo crónico luego de la suspensión de la terapia inmunosupresora y del inicio de quimioterapia, hace aconsejable reiniciar la inmunosupresión inmediatamente después que el tratamiento específico haya sido instaurado en pacientes con linfoma. En la actualidad es problemática la selección de la droga y de la dosis en estas circunstancias.

* Un alto grado de sospecha clínica es necesario para la detección precoz de estos tumores. En la actualidad no está protocolizado un plan de screening para este grupo de pacientes de alto riesgo.

BIBLIOGRAFIA

1. Tan-Shalaby, J.; Tempero, M.: Malignancies after liver transplantation: a comparative review. *Sem Liver Dis*; 15:156-164; 1995.
2. Penn, Y.: Cancers complicating organ transplantation. *N Engl J Med* 1990; 323:1767-69.



EVOLUCIÓN DE LOS MOTIVOS DE CONSULTA DURANTE 1993 - 1996 EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA DE UN HOSPITAL GENERAL

RESUMEN

Se hace un estudio de la evolución y frecuencia de las consultas psiquiátricas y psicopatológicas como un índice de cambio de dichas demandas.

Los años trabajados fueron desde Julio de 1993 a julio de 1996. Los pacientes incluidos fueron divididos en seis grupos etarios y además por: estado civil, escolaridad, situación familiar y situación laboral.

Se demuestra que los motivos de consulta se vienen haciendo más frecuentes en psicopatologías cada vez más severas contra una disminución de las consultas clínico-neurológicas.

Palabras clave: Psiquiatría - Psicopatología.

SUMMARY:

In order to know the evolution of the frequency of the psychiatric and psychopathologic consultation to find out the changes upon the time of such consultation, a request have been made from July 1993 to July 1996. The patients included have been divided in six groups regarding the age, considering the civil state, scolarity, familiar situation an labor conditions.

This study show that the motive of consultation is increasing in severe psychopathologic conditions against a diminution of those for clinico-neurologic symptoms.

Key words: Psychology - Psychopatology.

Dra. Clyde Capolongo de Herreros -
Dra. Mónica A. Vergara ¹ - Ing. Elizabeth Ryser ²
Servicio de Psiquiatría y Psicología.
Hospital Privado

INTRODUCCION:

Este estudio es la síntesis de una serie de observaciones que se han realizado en el Servicio de Psiquiatría y Psicología de un Hospital General. Abarca el período 1993 - Julio 1996. Se pretende continuar el trabajo realizado en el año 1990 que abarcó el período 1976 - 1987.

El interés en la realización del primer trabajo surgió en ese entonces de la observación de los cambios que se produjeron en los motivos de consulta.

Al comienzo los mismos eran mas neurológicos que psiquiátricos, notándose paulatinamente un giro hacia lo psicopatológico.

En función de dichas observaciones, se decidió encarar aquel estudio analizando las historias clínicas de pacientes que se habían atendido en el servicio de psiquiatría.

El análisis de los datos abrió perspectivas de un posterior estudio, desarrollo y profundización de cada una de las etapas evolutivas del ser humano, las patologías mas frecuentes por las que se consulta y su relación con los factores que en ese trabajo se intentaron aproximar. Es por ello la realización de este nuevo trabajo continuando al ya realizado en el año 1990.

MATERIAL Y METODOS

La muestra fue retrospectiva, aleatoria y seleccionada por conglomerado. Los años trabajados fueron desde 1993 al 1996, subdividida en subgrupos por año y divididos en seis grupos etarios. No se consideró ningún grupo etario mayor de 90 años de edad ya que no se presento ningún caso. La variable "motivo de consulta" fue cruzada con las variables edad, sexo, estado civil, escolaridad, situación familiar, situación laboral y distintas formas de derivación. Este cruzamiento permite un rico análisis laboral de los factores que llevan a una persona a determinadas pa-

1 Titular del Servicio de Psiquiatría y Psicología - Hospital Privado.

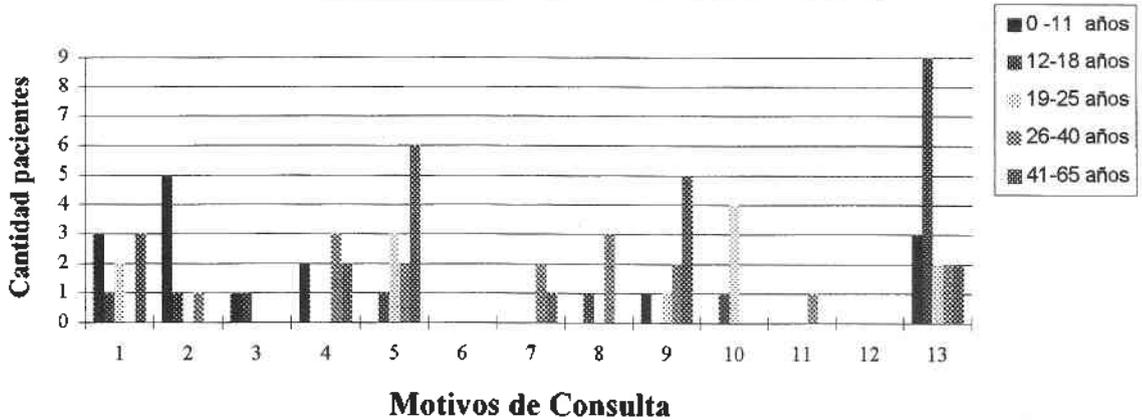
2 Adjunta del Servicio de Psiquiatría y Psicología - Hospital Privado.

3 Técnica en computación - Hospital Privado.

tologías mentales condicionadas por razones familiares, sociales, laborales o educacionales.

TABLA Nº 1 A

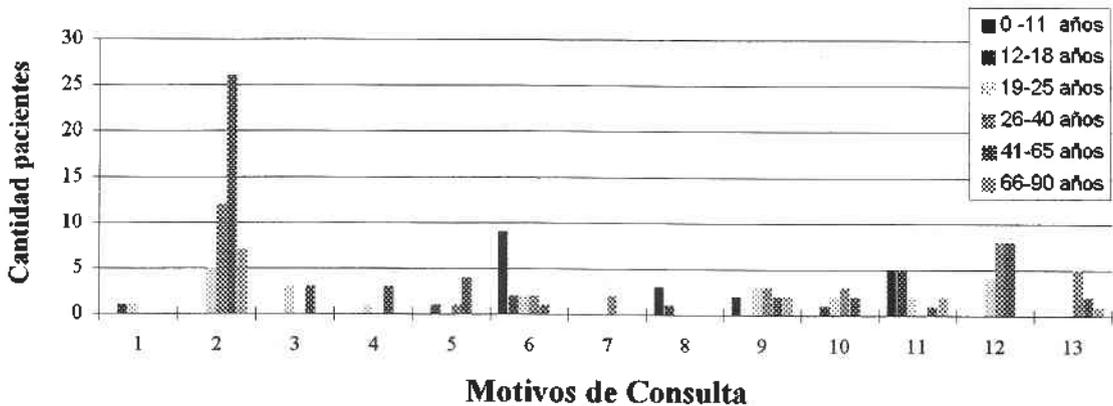
**Motivos de Consulta por grupo etario
Período 1984-1987.**



- | | |
|--|---------------------------------|
| 1. Dependencia (Psicofármacos - Alcohol - Droga) | 8. Tartamudez - Tics - Enuresis |
| 2. Depresión | 9. Timidez - Miedo - Ansiedad |
| 3. Inhibición - Dificultad en relaciones interpersonales | 10. Trastornos de la sexualidad |
| 4. Intento de suicidio | 11. Trastornos del aprendizaje |
| 5. Nerviosismo | 12. Trastornos psicósomáticos |
| 6. Perturbaciones de la conducta | 13. Trastornos psicóticos |
| 7. Separación | |

TABLA Nº 1 B

**Motivos de Consulta por grupo etario
Período 1993-1996.**



- | | |
|--|---------------------------------|
| 1. Dependencia (Psicofármacos - Alcohol - Droga) | 8. Tartamudez - Tics - Enuresis |
| 2. Depresión | 9. Timidez - Miedo - Ansiedad |
| 3. Inhibición - Dificultad en relaciones interpersonales | 10. Trastornos de la sexualidad |
| 4. Intento de suicidio | 11. Trastornos del aprendizaje |
| 5. Nerviosismo | 12. Trastornos psicósomáticos |
| 6. Perturbaciones de la conducta | 13. Trastornos psicóticos |
| 7. Separación | |

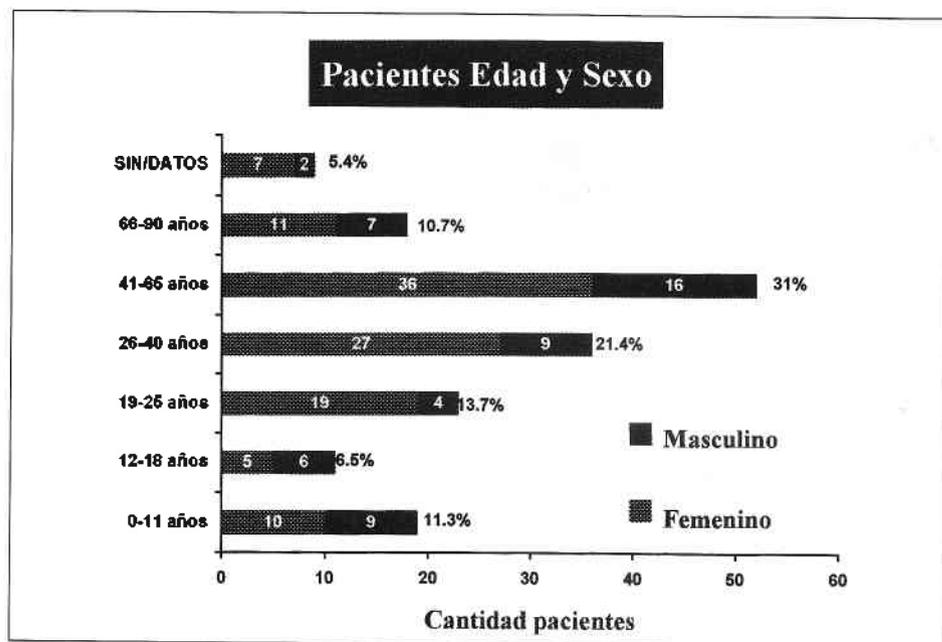


Tabla Nº 2
Pacientes Edad y Sexo

1. Dependencia (Psicofármacos - Alcohol - Droga)
2. Depresión
3. Inhibición - Dificultad en relaciones interpersonales
4. Intento de suicidio
5. Nerviosismo
6. Perturbaciones de la conducta
7. Separación
8. Tartamudez - Tics - Enuresis
9. Timidez - Miedo - Ansiedad
10. Trastornos de la sexualidad
11. Trastornos del aprendizaje
12. Trastornos psicósomáticos
13. Trastornos psicóticos

ANÁLISIS DE LOS DATOS OBTENIDOS

Para simplificar el análisis de los datos obtenidos, se hizo en primer lugar cuatro tablas generales, correspondientes a:

- Motivos de consulta (Tablas: 1A - 1B)
- Edad y sexo (Tabla 2)
- Estado civil (Tabla 3)
- Motivos de consulta (Tabla 4)

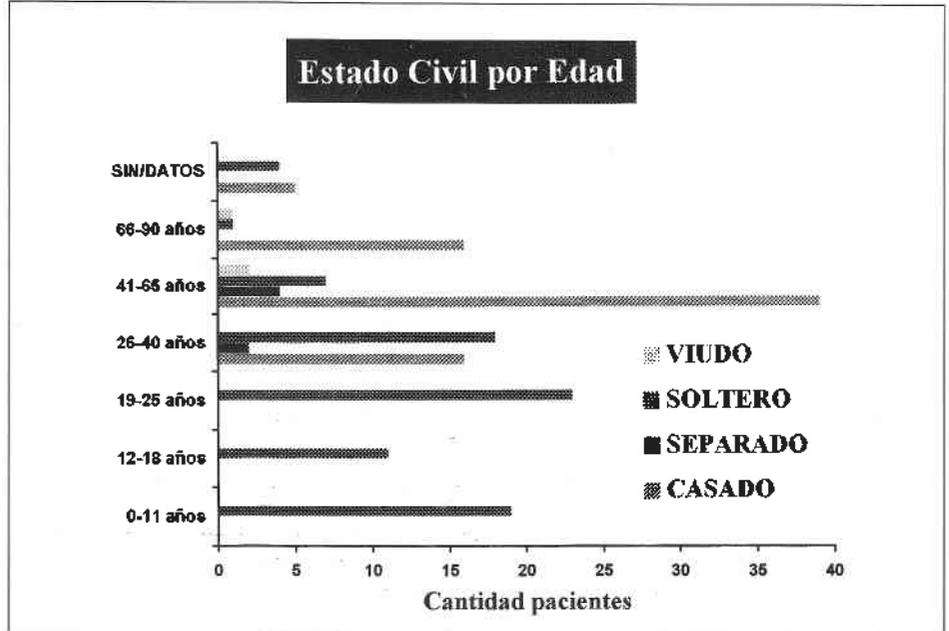
El resultado de estas tablas se ha ido comparando posteriormente con los diferentes grupos etarios y la variable motivos de consulta.

En la tabla 2: "Edad y Sexo", se pudo observar un predominio del sexo femenino en las consultas en todas las edades y, la edad que presenta mayor cantidad de pacientes corresponde al grupo etario 41-65 años.

En la Tabla 3 "Estado civil por edad", los resultados muestran que para los grupos etarios menores de 25 años (0-11, 12-18, 19-25), los pacientes asistidos son *solteros* en su totalidad; en cambio en los grupos mayores de 26 años (26-40, 41-65 y 66-90 años) hay un predominio de *casados*. Los *separados* aparecen a partir del grupo etario 26-40 años en adelante, y los *viudos* a partir del grupo 41-65 años en adelante.

En la Tabla 4 "Motivos de consulta por sexo", se observa un incremento significativo en el motivo de consulta por *depresión* (35,1 %) luego los *trastornos psicósomáticos* (13,1 %) y posteriormente las *perturbaciones de la conducta* (9,5 %).

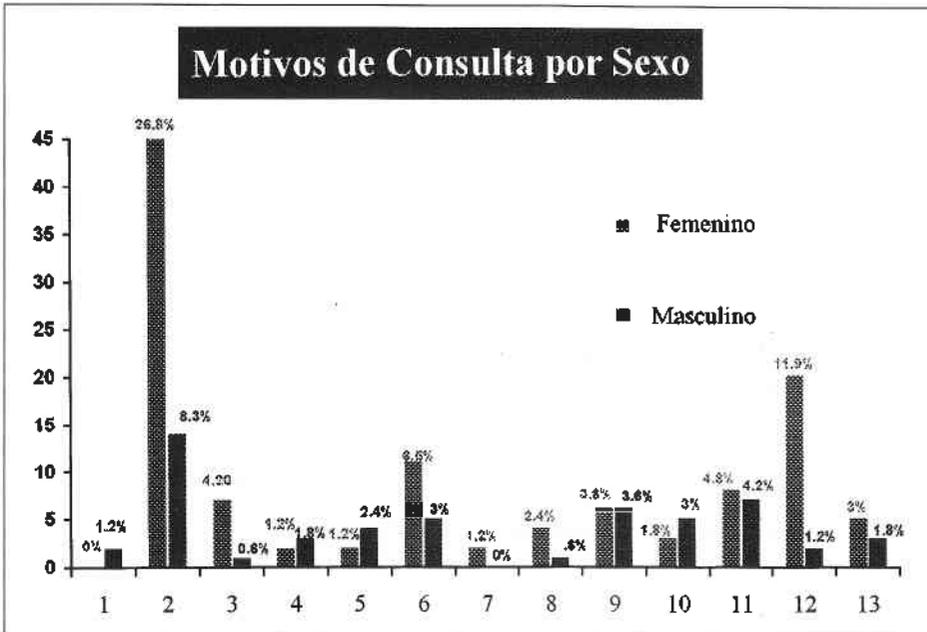
TABLA Nº 3
Estado civil por edad



1. Dependencia (Psicofármacos - Alcohol - Droga)
2. Depresión
3. Inhibición - Dificultad en relaciones interpersonales
4. Intento de suicidio
5. Nerviosismo
6. Perturbaciones de la conducta
7. Separación
8. Tartamudez - Tics - Enuresis
9. Timidez - Miedo - Ansiedad
10. Trastornos de la sexualidad
11. Trastornos del aprendizaje
12. Trastornos psicósomáticos
13. Trastornos psicóticos

Se ha dividido a la totalidad de los pacientes que forman la muestra en grupos etarios clasificados según las etapas de maduración. Se observó un mayor interés por consultar en los pacientes correspondientes al grupo etario 41 - 65 años (31 %) Tablas 1A y 1 B

TABLA Nº 4 - Motivos de consulta por sexo



RESULTADOS

Sexo:

El predominio de las mujeres en las consultas se puede inferir que está dado por el reconocimiento de sus fallencias para resolver problemas, lo que las lleva a solicitar ayuda profesional frente a los conflictos internos, de pareja, familiares y so-

1. Dependencia (Psicofármacos - Alcohol - Droga)
2. Depresión
3. Inhibición - Dificultad en relaciones interpersonales
4. Intento de suicidio
5. Nerviosismo
6. Perturbaciones de la conducta
7. Separación

8. Tartamudez - Tics - Enuresis
9. Timidez - Miedo - Ansiedad
10. Trastornos de la sexualidad
11. Trastornos del aprendizaje
12. Trastornos psicósomáticos
13. Trastornos psicóticos

ciales, aceptando con mayor flexibilidad las propuestas terapéuticas ofrecidas. En cambio, el sexo masculino frente al rol que la sociedad le adjudica, se resiste a reconocer sus posibles conflictos internos.

Estado civil:

El estado civil que predomina es el de los solteros. Se ha observado la prolongación de la edad de legalizar a través del matrimonio, la unión de la pareja, (las parejas se constituyen sin casarse), mostrando un cambio dentro de la constitución familiar.

Escolaridad:

Se ha observado que los consultantes en este ítem van cumplimentando según sus etapas evolutivas los requisitos de los niveles básicos de educación. Todos han concluido su ciclo primario, la mayoría el secundario, y en menor porcentaje terciarios y universitarios.

Situación familiar:

Se dan en igual proporción las consultas en familias normales y conflictivas, lo que evidencia que las consultas no son por lo manifiesto sino que están dadas por lo latente (conflictos internos a resolver).

Situación laboral:

Se puede observar una prolongación de la edad en la inserción laboral a modo de una actitud adolescente y dependiente.

Derivación:

En las primeras etapas (0-11 años, 12-18 años), predomina la derivación profesional y después de los 26 años la espontánea.

En las primeras etapas los pacientes son indirectos, en donde los padres consultan primero a sus pediatras u otros profesionales pertinentes y estos indican la consulta; no así en los grupos mayores de 26 años, en donde existe una autonomía en las decisiones, lo que lleva a tener consciencia de su

problemática y la posible búsqueda de ayuda.

CONCLUSIONES

En los motivos de consulta se ha podido observar que predomina la **depresión** en todos los grupos etarios, aún en el de los niños, a través de síntomas enmascarados que están alertando posibles depresiones futuras.

En estas últimas décadas la depresión es la manifestación de formas de adaptación de una sociedad en constantes cambios, que no le permiten al ser humano elaborar y retransmitirlos a generaciones sucesivas, lo que hace que el sujeto se defienda de esta confusión, retornando a etapas primarias y a formas narcisistas de enfermar.

Aquí podemos incluir a los **trastornos psicósomáticos** que apelan a mecanismos de introyectar el conflicto en el cuerpo.

En cambio otros, utilizan la proyección hacia afuera en forma más agresiva como son las perturbaciones de la conducta.

Grupo 0-11 años:

Casi se igualan el número de consultas de varones y mujeres, a diferencia del trabajo anterior en el que predominan los varones en la consulta.

Se infiere que este cambio es debido a que en la actualidad dentro del grupo familiar la niña es escuchada con tanto interés como el varón, ya que socialmente se va equiparando la presencia de la mujer como la del varón en los diferentes roles a desempeñar.

Además se ha observado que ahora las **perturbaciones de la conducta** y los **trastornos del aprendizaje** aparecen tanto en las familias conflictivas como en las normales. Antes aparecían en su mayoría sólo en las conflictivas. Esto hace pensar que hay una influencia externa que va más allá de las características de la constitución familiar.

Se ha registrado actualmente un aumento en las derivaciones de profesionales. Esto pone en evidencia el ajuste de las nuevas tendencias, de trabajo interdisciplinario que ha movilizó a las otras es-

pecialidades a considerar al sujeto una unidad bio-psicosocial.

Grupo 12-18 años:

Se ha observado que los **trastornos del aprendizaje** han adquirido un mayor porcentaje en relación a las exigencias sociales (mayor capacitación) que preocupan a los padres.

Además en esta etapa, han aparecido nuevos motivos de consulta con un alto porcentaje, como la dependencia (alcohol, droga, psicofármacos), nerviosismo, tartamudez, tics, enuresis y trastornos de la sexualidad, se infiere que si bien hay mayor conciencia de la problemática, por otro lado hay menor compromiso de las instituciones (Familia, Escuela, Estado, Asociaciones, etc.), responsables de la formación del adolescente.

Grupo 19-25 años:

Llama la atención la unanimidad de solteros que se presentan ahora siendo que antes había un 19 % de casados, marcando una dificultad para asumir roles mas comprometidos como el de formar una pareja.

Hay un mayor interés en la capacitación educativa y en cumplimentar los niveles correspondientes a los diferentes ciclos debido a las exigencias laborales y sociales para poder desempeñarse en la sociedad en roles de mayor trascendencia.

Se observa un aumento de familias conflictivas, lo que pone de manifiesto que además de existir un problema el consultante tiene mas conciencia de su realidad.

La depresión ha aumentado, y las perturbaciones de la conducta, trastornos de la sexualidad y trastornos del aprendizaje tienen un porcentaje a considerar.

Grupo de 26-40 años:

En este grupo etario, la predominancia de solteros llama la atención comparándolo con el trabajo anterior. Por lo que inferimos que el consultante decide no asumir nuevas responsabilidades, de-

terminadas por la pareja y la familia. Así la sociedad se ha vuelto mas permisiva.

Además, se ha podido observar que este grupo se ha capacitado mas en los diferentes niveles de escolaridad, comparativamente con el trabajo anterior. No coincide en cuanto a situación laboral en que aparece mayor número de inserción ocupacional. Otra variable a tener en cuenta como cambio, es el aumento de las consultas espontáneas, por la autodeterminación propia de la edad.

En la variable **motivos de consulta** los estados depresivos aumentaron notablemente (33 %, antes 17,19 %) y los trastornos psicossomáticos (22,2 %, antes 12,3 %). Le siguen los trastornos psicossomáticos (13,9 %, antes sin trascendencia).

Se piensa que estos cambios marcados en la variable **motivos de consulta** están dados por dos causas: primero, dificultades en el proceso de maduración, por un lado, que se producen en los consultantes, y segundo, formas patológicas de adaptación, frente a una sociedad compulsivamente exigente que no da tiempo a la respuesta.

Grupo 41-65 años:

En relación al trabajo anterior aumentó el número de estado civil soltero, y el nivel de escolaridad; 42,2 % secundario completo, antes 29 %.

Las características de la situación familiar se mantienen en igual porcentaje.

En la situación laboral, siguen predominando la "amas de casa" en las consultas, y la muestra se diversifica en diferentes actividades laborales, al cambiar la población afiliada a los planes de salud.

En la variable forma de derivación se ve aumentada la espontánea 40,4 %, antes 27 %. Se infiere que esto es debido a una mayor toma de conciencia de sus conflictos.

Siguen predominando en los motivos de consulta, los cuadros definidos como depresión, en segundo término los trastornos psicossomáticos y en tercer lugar el nerviosismo, reemplazando a los trastornos psicóticos del trabajo anterior. Esto hace pensar que al llegar el consultante mas tempranamente,

los profesionales de salud mental pueden operar mejor en la etapa preventiva de la evolución de la enfermedad mental.

Grupo 66-90 años:

En esta investigación se ha considerado este grupo etario, debido a la reciente incorporación de la tercera edad a los planes de cobertura de salud del hospital. Otra de las causas que permitieron el análisis de este nuevo grupo es que la población actual tiene un mayor promedio de vida.

Se pudo observar que, en este grupo los cuadros depresivos son de curso grave, como el intento de suicidio, o la superposición a cuadros involutivos (demenciales). Si bien la ciencia va logrando avances destacados en las patologías físicas en el aspecto neuropsicológico las investigaciones son más lentas con respecto a los resultados obtenidos.

Además, la historia vital, los problemas no resueltos de cada sujeto que surgen en esta edad y, la poca contención familiar, estatal y social, hacen que los cuadros que se presentan sean más graves.

BIBLIOGRAFIA

1. Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades - 9ª Edición (OMS) (OPS) (C.I.E. - 9)
2. Vidal Alarcón: *Psiquiatría: Conductas Humanas B. Factores Psicosociales* C.D.E. Cap. II - pág. 87. Editorial Panamericana.
3. Lawrence, Kolb L.: *Psiquiatría Clínica Moderna*. Cap. IV. 1986. *Psicopatología Psiquiátrica* pág. 233.
4. Vidal Bleichmar, Usandivaras: *Enciclopedia de Psiquiatría*: a) Sluzki C.: Familia pág. 227. b) Sluzki: Comunicación pág. 75 c) Nosología Psiquiátrica: Clasificación. d) Bleichmar E.: Infancia: *Psicopatología de la Infancia* pág. 315 e) Linaiz, Cerch: *Adolescencia* pág. 316.
5. Mahler M.: *Estudio, separación, individuación*. Parte II. Sobre la condición de la Neurosis Infantil. Pág. 141 (1975).
6. Caplan G.: *Principios de Psiquiatría Preventiva*. La elección del tipo de consulta. Cap. III. pág. 243.
7. *Psicoanálisis y Psicoterapia base en niños y adolescentes*. Cuadernos de SAPPTIA. Cap. III y IV.
8. Lamaire J.: *Terapia de Pareja*. Parte I-2. Problemática de Terapia de Pareja aspectos psicológicos y su repercusión clínica. pág. 32.
9. Ackermen M.: *Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares*. Cap. XII. Trastornos de la adolescencia. pág. 259; 285. *Perspectivas más amplias*. Investigación del problema familiar. pág. 383; 399.
10. Bergler: *Infortunio Matrimonial y divorcio*.
11. Nuñez F.: *Proyecto, elección y responsabilidad del hombre de edad avanzada*. 1º Congreso Argentino de Salud Mental en la edad avanzada. 1987.
12. Reca T., Segura A: *Servicio de Psicopatología Infantil; Significación de la sintomatología de la niñez*. pág. 1752. Bs. As. 1979.
13. Meyer, Gross, Setler, Roth: *Psiquiatría Clínica I*. Esquizofrenia Cap. V pág. 342.
14. Ey H., Bernard, Briset: *Tratado de Psiquiatría: Acción Patógena del medio I*. Epidemiología psiquiátrica. Edición Francesa Cap. V pág. 884. 1975.

FUNCION SEXUAL E INSUFICIENCIA RENAL CRONICA TERMINAL

RESUMEN

Este trabajo consta de dos partes. Por un lado se presenta una síntesis de la fisiología y fisiopatología de la erección peneana, correlacionando esta última con los hallazgos en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) que padecen disfunción sexual eréctil (DSE). Por otra parte se realizó un cuestionario entre 58 pacientes con IRCT para conocer la calidad de vida sexual y sus expectativas respecto a esta situación. Fueron divididos en dos grupos, el primero de ellos compuesto por 17 pacientes comprendidos entre 20 y 40 años y el segundo compuesto por 41 pacientes mayores de 40 años. Dentro de ambos grupos figuran pacientes en hemodiálisis (HD) y aquellos trasplantados que han superado como mínimo 8 meses de postoperatorio.

Palabras clave: Disfunción sexual - Insuficiencia renal.

SUMMARY

This study has two parts. First is presented a synthesis about the physiology and physiopathology of the penis erection, including the finding of the end stage of renal disease (ESRD) in patients who suffer erectil sexual dysfunction. Secondly a collection of questions was made between 58 ERSR patients to find out the quality of their sexual behaviour and their expectation of this situation.

They were divided in two groups, the first one made up of 17 patients between 20 and 40 years old and the second one made up of 41 patients older than 40. Within the groups there are patients with hemodialysis and some transplanted ones who have overcome at least 8 months since the operation.

Key word: sexual dysfunction - Terminal renal disease.

Dr. José Luis Jalil ^(*)

Servicio de Urología - Sección Andrología
Hospital Privado.

INTRODUCCION

A excepción del hombre, en el resto de las especies la función sexual se moviliza con un ritmo y periodicidad características, con la finalidad de perpetuar la misma mediante la reproducción. El hombre ha intelectualizado su sexualidad con el fin de obtener la satisfacción que emerge de este instinto vital. Así, para el desencadenamiento y control de la erección que se observa en los animales superiores, a la compleja regulación de los sistemas nerviosos central y periférico, se agregan intrincados y aún poco conocidos mecanismos de integración neurológica.

En los últimos años se han producido grandes avances en el conocimiento de los mecanismos anátomo fisiológicos relacionados con la erección peneana. A partir de la estimulación sensorial local genital (erección refleja) o de estímulos psicógenos centrales (erección central) y a través de los centros nerviosos parasimpático sacro (S₂-S₄) y simpático toracolumbar (T₁₁-L₂), se produce la liberación de neurotransmisores, fundamentalmente no adrenérgicos, no colinérgicos a nivel de las terminaciones nerviosas, así como del endotelio que rodean los espacios lacunares cavernosos.

El principal neurotransmisor es el óxido nítrico (ON), que es producido por el aporte de sustratos L-Arginina y oxígeno por acción de la enzima óxido nítrico sintetasa, actúa sobre el 3'5' GMP cíclico induciendo una deplección de calcio intracelular que origina la relajación de la musculatura lisa sinusoidal y de las arterias helicinas, contraídas por efecto adrenérgico (norepinefrina) y por otros factores vasoconstrictores (endotelinas) en la fase de reposo peneano. A medida que se produce la dilatación arterial con el aumento del flujo sanguíneo al interior de los espacios lacunares, se incrementa el diámetro de los mismos hasta llegar a comprimir contra la albugínea del cuerpo cavernoso las venas

1 Médico Adjunto del Servicio de Urología - Hospital Privado.

emisarias responsables del drenaje cavernoso, fenómeno conocido como mecanismo córpore-veno oclusivo (MCVO). Mientras se produce la relajación muscular que conduce al MCVO, la resistencia al flujo de salida arterial se incrementa hasta unas 100 veces, como fue observado en modelos animales. Se recuerda que durante la fase de flaccidez hay muy baja resistencia al flujo de salida, permitiendo, de esta manera, una rápida evacuación de los cuerpos cavernosos.

De acuerdo a estos conceptos, el fenómeno de la erección precisa de la integridad de la inervación, del aporte sanguíneo, del MCVO, así como de una adecuada respuesta de la musculatura lisa cavernosa, por lo que no es difícil comprender que tan complejo mecanismo pueda verse alterado por diferentes patologías actuando a uno o varios niveles.

Se define a la disfunción sexual eréctil (DSE) como la imposibilidad de lograr y mantener una erección de suficiente rigidez para conseguir realizar la penetración durante el tiempo necesario para alcanzar la eyaculación y el orgasmo.

La DSE en hombres con insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) ha sido reportada de ocurrir en el 20 a 100 % de los casos siendo completa entre el 20 y 50 % de todos los casos. La fisiopatología ha sido relacionada a múltiples factores, incluyendo psicológicos, bioquímicos, endocrinológicos, neurológicos, farmacológicos y vasculares.

La finalidad de este trabajo es hacer un resumen de la fisiopatología de la misma, relacionado con la IRCT y conocer la calidad de vida sexual de los pacientes que la padecen.

MATERIAL Y METODOS

Se incluyen pacientes con historia de IRCT en hemodiálisis (HD) y también aquellos ya trasplantados.

La metodología empleada consistió en la entrega de un cuestionario a fin de evaluar la calidad de vida sexual de los mismos en la etapa previa a la

HD, durante esta y posterior al trasplante renal.

Se indagó sobre la presencia de enfermedades asociadas a la IRCT, el deseo sexual, la calidad eréctil, la frecuencia coital, erecciones nocturnales y/o matutinas, acerca de la actitud de la pareja (desgano, distanciamiento, abandono), sobre si habían sido informados de como sería su función sexual durante la HD y posterior al trasplante renal y si querían tener información al respecto.

Los pacientes fueron divididos en dos grupos de acuerdo a la edad. El primer grupo entre 20 y 40 años (17 pacientes) y el segundo, mayores de 40 años (41 pacientes). En cada grupo todos los pacientes son o fueron sometidos a HD y algunos han sido trasplantados. En estos últimos falta recavar la función sexual de algunos de ellos por tratarse de postquirúrgicos recientes.

Cabe destacar que ningún paciente de los incluidos en este trabajo recibió tratamiento alguno por su DSE, ni durante la HD ni aquellos ya trasplantados.

Por último se hace en resumen de la fisiopatología de la DSE, correlacionándolo con la IRCT.

RESULTADOS

El 1º grupo (pacientes entre 20 y 40 años) está compuesto por 17 pacientes, 9 solteros y 8 casados y la duración de la HD fue un promedio de 39,7 meses (rango 11-92).

Entre las enfermedades asociadas y/o desencadenantes, figuran:

diabetes, 1 caso
glomerulonefritis, 5 casos
reflujo vesicoureteral, 4 casos
causa desconocida, 7 casos.

• Sobre si notaron alguna actitud diferente de su pareja, el 88,24 % dijeron que no (15 pts.) y el 11,76 % (2 pts.) si lo refirieron.

• El 100 % dijo que no había sido informado de cómo sería su función sexual durante la HD y posterior al trasplante renal.

• Todos coinciden en que les gustaría tener información al respecto (100 %)

El 2º grupo (pacientes mayores de 40 años), compuesto por 41 pacientes, 9 solteros y 32 casados. La duración de la HD tuvo un promedio de 65,2 meses (rango 12-144).

DESEO SEXUAL	previo a HD	durante HD	post Tx
Nº pts.	17	17	7
Presente	100 %	70.50 %	85.70 %
Ausente	---	29.50 %	14.30 %

FRECUENCIA SEXUAL	previo HD	durante HD	post Tx
Nº pts.	17	17	7
promedio de coitos cada 7 días	2-3	1,5-2	2,3

CALIDAD ERECTIL	previo HD	durante HD	post Tx
Nº pts.	17	17	7
nulo	---	---	---
sólo tumescencia	---	---	---
rigidez incompleta	23,5 %	35,5 %	28,6 %
rigidez completa	76,5	64,7	71,4

ERECCIONES NOC/MAT	previo HD	durante HD	post Tx
Nº pts.	17	17	7
presentes	88,2 %	76,5 %	85,7 %
ausentes	11,8 %	23,5 %	14,3 %

* Tx: Trasplante

Entre las enfermedades asociadas y/o desencadenantes, figuraran:

diabetes, 11 casos
intoxicaciones, 5 casos (aluminio, plomo, etc.)

lupus, 4 casos
 glomerulonefritis, 3 casos
 reflujo vesicoureteral, 2 casos
 causa desconocida, 16 casos

mentalmente asociada a los días en que son sometidos a HD, que es cuando los pacientes presentan mayor agotamiento general. Muchos estudios de investigación han concluido que la impotencia en pa-

DESEO SEXUAL	previo a HD	durante HD	post Tx
Nº ptes.	41	41	18
Presente	80,50 %	43,90 %	61,10 %
Disminuido	19,50 %	56,10 %	38,90 %

FRECUENCIA SEXUAL	previo HD	durante HD	post Tx
Nº ptes.	41	41	18
promedio de coitos cada 7 días	2-3	1,5-2	2-3

CALIDAD ERECTIL	previo HD	durante HD	post Tx
Nº ptes.	41	41	18
nulo	2,40 %	7,30 %	---
solo tumescencia	12,20 %	22 %	11,20 %
rigidez incompleta	17,10 %	46,30 %	44,40 %
rigidez completa	68,30 %	24,40 %	44,40 %

ERECCIONES NOC/MAT	previo HD	durante HD	post Tx
Nº ptes.	41	41	18
presentes	75,60 %	46,30 %	55,60 %
ausentes	24,40 %	53,70 %	44,40 %

- El 39 % (16 ptes.) refieren cambio de actitud en su pareja respecto a su nueva situación (HD-Tx) mientras que el 61 % (25 ptes.) no lo refieren.
- El 100 % coincidió en que no fue informado acerca de como sería su función sexual durante la HD y posterior al trasplante renal, así como también que quisieran tener más información al respecto.

DISCUSION

La impotencia es una complicación común asociada a la IRCT. Los pacientes refieren disminución de la libido, y de la frecuencia coital, y alteraciones para lograr y mantener una erección, funda-

mentos urémicos es de etiología multifactorial.

Los factores psicológicos juegan un rol importante en la génesis de la DSE. Los pacientes en HD tienen mayor incidencia de episodios depresivos y psiquiátricos que la población general.

El status hormonal nos muestra disminución de la testosterona, aumento de LH, FSH normal o apenas elevado, elevación de prolactina y del estradiol. Algunos autores sostienen que la uremia afecta selectivamente la función de las células de Leidig, debido a que aumentan los niveles séricos de LH, sugiriendo una función hipofisaria normal. La testosterona jugaría un papel de importancia so-

bre los neuroreceptores, ya que se demuestra en ratas, no en humanos, que su disminución produce una caída importante de la óxido nítrico sintetasa, responsable de la síntesis de óxido nítrico, además de aumentar la sensibilidad de los receptores alfa 1 adrenérgicos.

Dentro de la patología vascular, ampliamente estudiada, se coincidió en la presencia de enfermedad arterial difusa del lecho hipogástrico-pudendo interno-cavernoso en el 78 % de los casos, y en disfunción del mecanismo córporo veno oclusivo en el 90 % de los casos. Otros estudios demuestran la relación entre IRCT y arterioesclerosis, siendo destacable el progreso rápido de esta última en tales condiciones, aumentando la probabilidad de enfermedad arterial oclusiva. También cabe destacar el tipo de anastomosis utilizado hace muchos años (anastomosis T-T con la arteria hipogástrica) que privaba de flujo sanguíneo en ambas arterias pudendas internas, cuando era necesario un segundo trasplante.

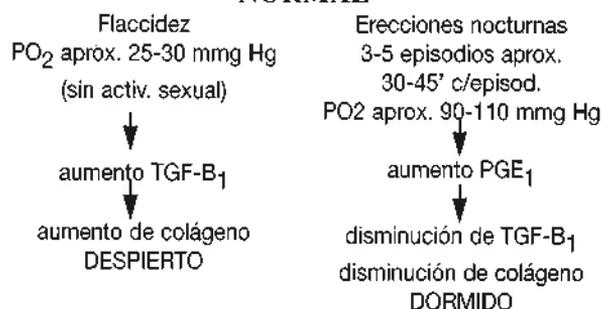
La neuropatía autonómica ha sido descrita en pacientes en HD. Sherman demostró disminución significativa en la velocidad de conducción de los nervios motores y sensitivos, también demostró que 6 de 7 pacientes en HD con DSE tenían ausente o disminuido el reflejo bulbocavernoso. Dentro de las enfermedades endocrinológicas la causa más común es la diabetes, seguida por el hiperparatiroidismo y la patología tiroidea. En los factores hematológicos, la anemia por baja producción de eritropoyetina, lo que trae aparejada un cierto grado de hipoxia. Otra causa de hipoxia es la de origen pulmonar conocida como hipoventilación y microembolismo pulmonar, y también aquella relacionada a una inadecuada irrigación peneana por patología vascular. Dado que la erección es un fenómeno oxígeno-dependiente, la disminución en la disponibilidad del mismo puede conducir a alteraciones en la relajación del músculo liso corporal. El grupo de Boston (Irvin Goldstein y colaboradores) demostró la estrecha correlación entre la disminución de la fibrosis del músculo liso y la irrigación necesaria para man-

tener la erección. Fue detectado en cuerpo cavernoso humano por inmunohistoquímica, el llamado factor transformador de crecimiento Beta 1 (TGF-B₁), el que aumenta la producción de colágeno induciendo fibrosis del músculo liso del C.C. También se encontraron en el pene tres tipos de fibras de colágenos, tipos I, III y IV.

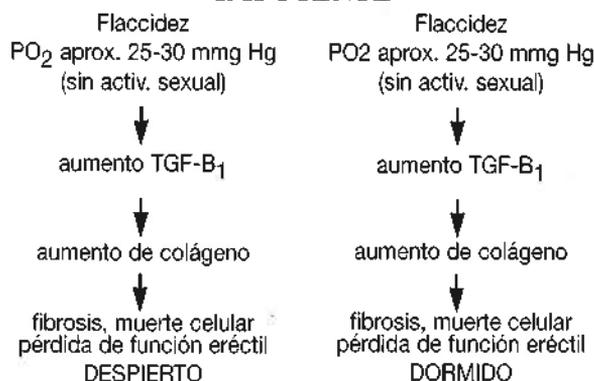
Entre el 50 y el 60 % del pene es músculo liso trabecular, que se constituye de un esqueleto fibroelástico y de proteínas contráctiles dispuestas en forma helicoidal. El reemplazo de este esqueleto fundamentalmente por colágeno tipo I es el responsable de los cambios de las propiedades contráctiles de este tejido.

En síntesis, la baja concentración de oxígeno en el pene induce a un aumento de TGF-B₁, que es un factor de crecimiento que eleva la síntesis del colágeno, lo que lleva a la fibrosis peneana con impotencia. En el pene hay receptores específicos para PGE, (alprostadil). En cultivos de células de músculo liso in vitro se demostró que la PGE, inhibe directamente el TGF B, y su efecto fibrótico.

NORMAL



IMPOTENTE



IMPOTENTE

Aunque el ON sea el neurotransmisor más importante en el proceso de la erección no se excluye la posibilidad de que otros agentes (VIP y demás péptidos indicados como neurotransmisores o neuromoduladores) producidos a nivel neuronal tengan una participación en dicho proceso.

En el pene se sintetizan otras prostoglandinas aparte de la PGE₁. Un ejemplo lo constituye la PGI₂, que junto con el ON tendrían una acción antiagregante plaquetaria durante la erección, que es fundamental para mantener las características fluidas de la sangre estancada en los CC.

CONCLUSION

Este estudio demostró que los pacientes de mayor edad, con más frecuencia tienen otras enfermedades asociadas y presentan trastornos en la actividad sexual previo al inicio de la HD. Mientras que cuanto más joven es el paciente, pasa más tiempo en HD sin sufrir alteraciones en la esfera sexual, excepto algunos que refieren cuadros depresivos al inicio de esta. Por lo tanto es importante tener en cuenta la edad de los pacientes, y a los efectos deletereos de la IRCT per se, hay que agregarle los producidos por las enfermedades asociadas y los tratamientos farmacológicos correspondientes que pueden traer implicancias perjudiciales.

Las causas que predisponen a la DSE son las mismas que en el resto de la población. Lo que sucede es que en los pacientes con IRCT las diferentes alteraciones de las patologías vasculares, neurológicas, etc. sufren una aceleración que provocan cambios más precoces que en pacientes con función renal conservada. Como se destacó, la hipoxia juega un rol superlativo en la fisiopatología de la DSE. Hay que escuchar a los pacientes y darse cuenta del grado de ansiedad en el que están inmersos por sentirse, como muchos de ellos lo definen, "atados a una máquina" y por su relación con la pareja y el entorno. Son individuos muy susceptibles.

Es importante que los integrantes de los ser-

vicios de HD y de los equipos de trasplantes, principalmente los encargados del seguimiento de los pacientes trasplantados, comprendan que el paciente quiere mejorar en un todo su calidad de vida y deben proveerle información al respecto.

Intentar un tratamiento en un paciente en HD es difícil porque esta situación perpetúa las alteraciones en los diferentes niveles. Situación que varía en los trasplantados, aquí todo estudio y tratamiento debe apuntar a mejorar la calidad de vida de los mismos, sin afectar su situación post-trasplante.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Hautman, D. Holzichriston, J.P. Mulhall, W. Fitch and I. Goldstein: Impotence and chronic renal failure: A study of the hemodynamic pathophysiology. *J. Urol.* 151; 612-618, 1994.
- 2) Nehra, I. Goldstein, A. Pabli, M. Nugent, Yue-Hna Hwang, A. de las Morenas, R.J. Krane, I. Saenz de Tejada and R.B. Moreland: Mechanisms of venous leakage: A perspective clinicopathological correlation of corporeal function and structure. *J. Urol.* 156; 1320-1329, 1996.
- 3) Mazza, F. Zeller, G. Lasalle, J. Ghirlanda: Investigación clínica sobre la función del músculo liso cavernoso normal y patológico. Premio Medicus, 1995.
- 4) Waspes, C. Delcros, A.G. Herbaut, J. Struyven and C. Schulman: Impotence due to corporeal venoocclusive dysfunction long-term follow-up of venour surgery. *Euro Urol.* 21; 115, 1992.
- 5) Waspes, P.M. Goes, S. Schiffmann, M. Depirreux, J.J. Venderhaeghen, C. Schulman: Computerized analysis of smooth muscle fibers in potent and impotent patients. *J. Urol.* 146; 1015-1017, 1991.
- 6) Salvatierra, J.L. Fortmann and F.O. Belzer: Sexual function in males before and after renal transplantation. *Urology.* 5; 64, 1975.
- 7) Rodger, K. Fletcher, J. H. Deuvas, D. Genner, M. Mc Hugh, R. Williamson and D.N.S. Kerr: Prevalence and pathogenesis of impotence in one hundred uremic man. *Uremic Inves.* 8; 89, 1985.
- 8) Hart Laura, Fearing Margery O., Milde Frances K., Cox Diana M.: Sexual dysfunction: The teaching of renal dialysis and traptant recipients, *Dialysis and transplantation.* 24; 11, 1995.
- 9) Laura Hart, Margery O. Fearing, Frances K. Milde, Diana M. Cox: A survey of patient sexual education programs in U.S. renal trasplant and dialysis center. *Dialysis and transplantation.* 23; 6, 1995.
- 10) Wayne C. Waltzer: Sexual and reproductive function in men treated with hemodialysis and renal transplantation; *J. Urol.* 126:713, 1981.
- 11) Gittes and W.B. Waters: Sexual impotence: the overlooked complication of second transplant. *J. Urol.* 121; 719, 1979.
- 12) Burns, E. Houttuin, J. G. Gregory, Y.S. Hawatmel and t.R. Sullivan: Vascular induced erectile impotence in renal transplant recipients. *J. Urol.* 121; 721, 1979.
- 13) P. Vallance, A. Leone, A. Calver, J. Collier and S. Moncada: Accumulation of an endogenous inhibitor of nitric oxide synthesis in chronic renal failure. *Lancet* 339; 572, 1992.
- 14) Linda Uttley: Assessment and treatment of sexual dysfunction in chronic renal failure. *Dialysis and transplantation* 25; 19-35, 1996.
- 15) T.F. Lue: Physiology of erection and pathophysiology of impotence in Campbell's Urology, 6ª edición, Edited by P. Walsh, A. Retik, T. Stamey and E. Vaughan, Jr. Philadelphia: W.B. Saunders Co. chapt 16; 709-728, 1992.
- 16) Arthur L. Burnett: Nitric oxide in the penis: physiology and pathology. *J. Urol.* 157; 320-324, 1997.
- 17) A. Mersdorf, P. C. Goldsmith, W. Diederichs, C.A. Padula, T.F. Lue, Y. J. Fishman and E. Tanaglo: Ultrastructural changes in impotence penil tissue: a comparison of 65 patients. *J. Urol.* 145; 749, 1991.
- 18) A. Imagawa, Y. Kawanishi and A. Numata: Is erythropoietin effective for impotence in dialysis patients? *Nephron* 54; 95, 1990.
- 19) A. R. Nissenson: Recombinant human erythropoietin: Impact on brain and cognitive function, exercise tolerance, sexual potency and quality of life. *Sem Nephrol*, suppl 2; 9; 25, 1989.
- 20) G.J. Foulkes, H.M. Cushner: Sexual dysfunction in males dialysis patients: pathogenesis, evaluation and therapy. *Am. J. Kid. Dis* 211-222, 1986.
- 21) Sherman, F.P.: Impotence in patients with chronic renal failure on dialysis: its frequency and etiology. *Fertil. Steril.* 26:221, 1975.
- 22) R. Moreland, A. Traish, Moly A. Mc Millin, B. Smith, Irwin Goldstein and I. Saenz de Tejada. PGE₁ suppresses the induction of collagen synthesis by transforming grow factor β 1 in human corpus cavernosum smooth muscle. *J. Urol.* 153:826-834, 1995.

UTILIDAD DE LA REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA (PCR) PARA LA DETECCION DE HERPES SIMPLEX VIRUS I Y II EN LESIONES MUCOCUTANEAS DE PACIENTES TRASPLANTADOS.

RESUMEN

En individuos inmunosuprimidos, la infección por virus pertenecientes a la familia herpesviridae es una complicación frecuente. En estos pacientes las infecciones mucocutáneas provocadas por el herpes simple I y II (HSV I y II) son atípicas, lo que retarda su diagnóstico y tratamiento.

Evaluamos la utilidad de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para la detección temprana de HSV I y II en pacientes inmunosuprimidos durante el período post-trasplante renal. Durante un año se realizaron en nuestro Hospital, 84 trasplantes renales. El Protocolo de inmunosupresión consistió en Ciclosporina A, Azatioprina, Prednisona y Nifedipina. EL DNA se extrajo a partir de las lesiones por el método de lisis alcalina. Los oligonucleótidos utilizados se encuentran dirigidos hacia el gen que codifica la DNA polimerasa viral. Se incluyeron controles positivos y negativos. De 84 pacientes trasplantados, 9 presentaron lesiones mucocutáneas; 7 provocadas por HSV con PCR positiva. La clínica fue variada con lesiones típicas y atípicas. Estos pacientes fueron tratados con Acyclovir respondiendo favorablemente al tratamiento entre el 3º y 6º día.

Consideramos a la PCR como un método útil y específico para la confirmación de HSV I y II de lesiones mucocutáneas atípicas que se presentan en pacientes inmunosuprimidos.

Lic. Susana Albano ⁽¹⁾; Lic. Valeria Mas ⁽²⁾; Dr. Alejandro Ruiz Lascano ⁽³⁾; Dra. Teresita Alvarellos ⁽⁴⁾; Dr. Ricardo Campana ⁽⁵⁾; Dr. Constancio Giraudo ⁽⁶⁾ y Dra. Graciela de Boccardo ⁽⁷⁾.
Laboratorio de Histocompatibilidad e Inmunogenética
Servicio de Dermatología
Hospital Privado - Centro Médico de Córdoba

SUMMARY

Herpesvirus infection in immunocompromised hosts is an frequent complication.

The unusual lesions caused by HSV I and II involves skin an mucosa. We evaluated the utility of the polimerase chain reaction (PCR) for early detection of HSV I and II immunocompromised hosts in the post-transplant period.

We studied 84 renal transplant. The immunosuppression protocol was CyA, Azathioprine, Prednisone and Nifedipine.

DNA samples were extracted by alkaline lysis method from the lesions. The PCR primers were complementary to the HSV DNA polymerase gene. We included positive and negative controls.

From 84 transplanted patients, 9 developed atypical skin lesions with 7 PCR positive for HSV. Samples were studied from the skin lesions by PCR. These patients received Acyclovir therapy and all of them responded to the treatment in 3 to 6 days.

This data show that PCR could be a useful and specific method for early detection of HSV I and II from unusual lesions present in immunocompromised hosts.

INTRODUCCION

Infecciones provocadas por virus pertenecientes a la familia herpesviridae son una complicación frecuente en individuos inmunosuprimidos. En la actualidad, se conocen 8 herpesvirus humanos. Tabla Nº 1.

Cada una de ellas posee diferentes patrones de neutralización y síntomas clínicos.

Estas familias se encuentran separadas en

1-2. Bioquímicas adjuntas interinas. Lab. de Histocompatibilidad e Inmunogenética. Hospital Privado.

3. Servicio de Dermatología. Hospital Privado.

4. Jefa del Departamento de Laboratorios. Hospital Privado.

5. Fellow en Dermatología. Hospital Privado.

6. Jefe del Laboratorio de Histocompatibilidad. Hospital Privado.

7. Directora del Programa de Trasplantes Renales. Hospital Privado.

términos de secuencia genómica y proteínas, pero existe similitud en estructura del virión y organización del genoma.⁽¹⁾

El prototipo de la familia es HERPES SIMPLEX VIRUS (HSV): 160 kbp, cuya secuencia completa es conocida. Existen dos tipos antigénicos, HSV I y HSV II.

FAMILIA HERPESVIRIDAE	
Alphaherpesvirus	Simplex virus (Herpes I y II) Varicelovirus (Herpes 3 o VZV)
Betaherpesvirus	Citomegalovirus (Herpes 5 o CMV) Muromegalovirus Roseolovirus (Herpes 6 y 7)
Gamaherpesvirus	Linfocriptovirus (Herpes 4 o EBV) Rhadinovirus (Herpes 8 o HHV8)

Tabla 1: Clasificación de la familia de los Herpesviridales.

Las lesiones mucocutáneas provocadas por el HSV en pacientes con SIDA o en el período post-trasplante, son habitualmente atípicas y de difícil interpretación. Esta situación muchas veces retarda el diagnóstico y, consecuentemente el tratamiento.

La (PCR) es un método a través del cual se amplifican exponencialmente segmentos específicos de DNA.⁽²⁾ La misma ha sido introducida para diagnóstico de encefalitis por herpes virus, también asociado a infecciones orofaríngeas y queratoconjuntivitis, mientras que HSV-2 comúnmente produce infecciones genitales.⁽³⁾ El objetivo de nuestro trabajo fue evaluar la utilidad de la PCR para la detección temprana de herpes virus I y II en lesiones mucocutáneas atípicas de pacientes inmunosuprimidos.

MATERIAL Y METODOS

Durante el período 1995-1996, se realizaron 84 trasplantes renales (54 hombres y 30 mujeres), cuya edad promedio fue de 36 años (8-66). El protocolo de inmunosupresión se desarrolló de

acuerdo al programa de trasplantes del Hospital Privado de Córdoba. Brevemente consistió en CyA, Azatioprina, Prednisona y bloqueantes cálcicos.

Para la detección de HSV, utilizamos (PCR) a partir de material extraído de las lesiones cutáneas atípicas con hisopo en condiciones estériles. El mismo fue procesado para la extracción del DNA viral con el método de lisis alcalina en Na (OH) 0.4 N.

Cada DNA extraído fue amplificado por duplicado, con controles positivos, negativos y blanco de reacción en cada caso.

Los primeros empleados fueron dirigidos hacia el gen que codifica el DNA de la polimerasa viral, específico para HSV I y II. Cuarenta ciclos de PCR consistieron en desnaturalización 1' a 95° C, annealing 1' a 51° C y extensión 1' a 72° C. El fragmento así amplificado, corresponde a una banda de 92 pares de base (bp) visualizada por electroforesis en gel de agarosa 3 % en bromuro de ethidium.

Se utilizó un grupo control de 9 pacientes inmunosuprimidos con lesiones ampollares no correspondientes a HSV.

Se utilizó un grupo control de 9 pacientes inmunosuprimidos con lesiones ampollares no correspondientes a HSV.

RESULTADOS

De los 84 pacientes trasplantados, nueve (4 mujeres y 5 hombres, edad promedio 40 años) presentaron lesiones mucocutáneas entre los 7 y 60 días post-trasplante (promedio 2,5 días).

La amplificación por PCR para HSV, fue positiva en 7 de estas lesiones estudiadas, cuya clínica fue variada, desde lesiones típicas de HSV (vesículas en ramillete) y gingivoestomatitis severa a grandes y profundas úlceras anogenitales y glúteas con compromiso del estado general. (Fotos 1 y 2).

Los dos pacientes restantes tuvieron lesiones no correspondientes a HSV.

Aquellos que presentaron PCR (+) fueron tratados con acyclovir en dosis ajustadas a su fun-

ción renal (creatinina sérica) respondiendo favorablemente al tratamiento entre el 3º y 4º día.

El grupo control tuvo PCR negativa para HSV y no presentó reacciones cruzadas.

CONCLUSIONES

Las infecciones herpéticas en el período post trasplante renal, de pacientes seropositivos son comunes.

En nuestra serie de casos, el 10 % de ellos desarrollaron lesiones mucocutáneas, porcentaje que es, incluso menor al publicado por otros grupos (4).

Los resultados de este trabajo nos permiten comprobar la utilidad de la reacción en cadena de la polimerasa para la detección de lesiones atípicas en piel, por su rapidez, sensibilidad y especificidad, esta última comprobada por ausencia de reacciones cruzadas con otros miembros de la familia herpesviridae, que también reactivan su estado de latencia en individuos inmunosuprimidos.

De este modo, la posibilidad de diagnóstico precoz es, sobre todo de gran ayuda en el tratamiento y evolución de estos pacientes trasplantados.

BIBLIOGRAFIA

1. Ward and Roizman. Herpes simplex genes. TIG 1994. Vol. 10.
2. Kessler, Dierer et al. Detection of Herpes simplex virus DNA from cerebrospinal fluid by PCR and a rapid, Nonradiative hybridization technique. J. of C. Microbiology 1994. Vol. 32 N° 8.
3. Stoffel, Squiffel, Pirson. Effectiveness of oral Acyclovir Profilaxis in Renal Trasplant recipients. Trasplantation Proceedings, Vol. 19.
4. Griffin, Colbert, Williamsom et al. Oral Acyclovir profilaxis of Herpes Infections in Renal Trasplant Recipients. Trasplantation Proceedings Vol. 17.
5. Tenser, Edris, Gaydos A. Secondary HSV latent infection in trasplanted ganglia. J Virology 1994. Vol. 68 (11).



Foto 1



Foto 2

ESTRATEGIA DE ANGIOPLASTIA CORONARIA CON STENT: Experiencia en el Hospital Privado

RESUMEN

Se presenta la experiencia del Hospital Privado en angioplastia coronaria (ATC) y colocación de stents.

Entre diciembre/94 y febrero/97 se incluyeron a pacientes (p) consecutivos en un protocolo prospectivo de ATC. Se colocaron stents en forma **programada** a lesiones complejas con alta probabilidad de complicaciones agudas y reestenosis, y en forma **no programada** por oclusión aguda o amenaza, y resultado subóptimo con balón.

Se realizaron 120 ATC a 110 pacientes, aproximadamente la mitad tenía enfermedad de 2 y 3 vasos y 70 % tenían un síndrome coronario agudo. Se colocaron stents en 30 % de las lesiones: en forma programada en el 63 % y no programada en el 37 %. Fueron seguidos el 96 % de los pacientes durante un promedio de 7.6 meses.

El éxito primario (lesión residual menor del 50 %, sin complicaciones mayores) fue del 95 %. La incidencia de reestenosis clínica fue del 16 %. La sobrevivida a dos años libre de infarto fue del 97 %, y libre de infarto y cirugía de by-pass fue del 88 %.

Concluimos que la estrategia de ATC con selección de lesiones para colocación programada y no programada de stents, resultó en una baja frecuencia de complicaciones y de reestenosis clínica. Estos resultados se obtuvieron con un relativamente bajo número de stents y a pesar de la severidad del cuadro clínico y angiográfico.

SUMMARY

We reviewed the interventional experience of the Hospital Privado from 12-94 to 2-97. All patients requiring percutaneous revascularization procedure during this period were included in a prospective protocol. **Primary stenting** was performed in complex lesions considered to be at increased risk of acute complications or restenosis. Non-complex lesion were approached with angioplasty, deploying stents only in bailout situations or suboptimal results: **Provisional stenting**.

1. Jefe de la sección hemodinamia - Hospital Privado.

2-3. Integrantes del equipo de hemodinamia. Hospital Privado.

Dr. Esteban Ruiz Lascano (1) - Dr. Miguel Ballarino (2)

Dr. Emilio Crespo (3)

Sección Hemodinamia Hospital Privado

120 procedures were performed in 110 patients. 70 % were acute coronary syndromes and double or triple-vessel disease was present in 50 % of patients. Stents were deployed in 35 % of patients, 37 % as provisional stenting and 63 % as primary stenting. A mean follow-up of 7.6 months was obtained in 96 % of patients.

Procedural success (residual stenosis < 50 %, without infarction or CABG) was obtained in 95 % of cases. The mean hospital stay was 2.1 days. The rate of clinical restenosis was 16 %. The two years survival rate free of infarction was 97 %, and free of infarction and CABG was 88 %.

We conclude that the strategy of primary stenting in complex lesions and provisional stenting in non-complex lesions resulted in low rate of complications and clinical restenosis. These results were obtained using stents in a relatively low number of patients, considering the high risk population treated.

INTRODUCCION

Este año se celebra el vigésimo aniversario de la primera angioplastia coronaria (ATC). Durante la década de los ochenta, el número de procedimientos y el conocimiento relacionado a esta técnica aumentó en forma exponencial, y estudios multicéntricos randomizados iniciados en ese período han demostrado que la angioplastia es una alternativa segura a la cirugía de revascularización coronaria.⁽¹⁾

Sin embargo, a principio de los noventa, las dos principales limitaciones de este método continuaban sin solución: la oclusión aguda (en el laboratorio de hemodinamia o dentro de las primeras 24 hs. del procedimiento), con su secuela de infarto, cirugía de urgencia y muerte; y la reestenosis con la consecuente recurrencia de isquemia y necesidad de revascularización.

Innumerables ensayos farmacológicos y nuevos "devices" fueron evaluados, y aunque algu-

nos obtuvieron cierto éxito en extender las indicaciones de la ATC en casos de lesiones complejas (Rotablator en lesiones difusas calcificadas, Simpson en lesiones ostiales y bifurcaciones, etc.), sólo el stent demostró claramente reducir en forma simultánea la morbimortalidad de la oclusión aguda^(2,3) y la incidencia de reestenosis y la necesidad de revascularización adicional en el seguimiento.^(4,5)

Durante la experiencia inicial, los beneficios de la utilización de stents pagaban un alto costo: la trombosis subaguda (a partir de las 24 hs. del procedimiento) y las complicaciones de la anticoagulación (principalmente locales, en el sitio de punción). A partir de 1994, la técnica de impactación a alta presión (desarrollada en base a la utilización de ecografía intracoronaria por Colombo en Italia)⁽⁶⁾, y el agregado de ticlopidina a la ya utilizada aspirina en el esquema antiagregante (desarrollada por la escuela francesa)⁽⁷⁾, permitió prescindir de la anticoagulación y al mismo tiempo reducir la incidencia de trombosis subaguda.

Desde entonces, los stents coronarios están revolucionando la intervención por cateterismo, tal como lo demuestran los porcentajes crecientes de utilización en EE.UU. y Europa (más del 50 %), y la extensión de las indicaciones hacia lesiones cada vez más complejas (largas, ostiales, puentes, bifurcaciones, con trombo, etc.).

El presente trabajo pretende mostrar la experiencia en el Hospital Privado con una estrategia de angioplastia coronaria y stents con las nuevas técnicas de colocación y en diversas indicaciones.

MATERIAL Y METODO:

A partir de diciembre de 1994 y hasta febrero de 1997 se incluyeron a pacientes consecutivos en un protocolo prospectivo de angioplastia coronaria. De acuerdo a éste, se colocaron stents en forma programada a lesiones de mayor riesgo de complicaciones y de reestenosis: puentes venosos, reestenosis de angioplastia previa, tronco de coronaria izquierda, lesiones largas, en curvas, excéntricas y ostiales. Se colocaron stents en forma no programada o de urgencia cuando durante el curso de una ATC

con balón ocurrió una oclusión o amenaza de oclusión aguda (lesión residual mayor al 50 % con signos de isquemia y/o compromiso de flujo), o cuando la lesión residual fue mayor al 30 %.

De cada angioplastia se recogieron datos de filiación del paciente, del cuadro clínico, del procedimiento y de la evolución hospitalaria, los cuales se volcaron a una base de datos computarizada (Microsoft Works).

Se realizó un seguimiento consistente en consultas periódicas, contacto con el médico de cabecera y consultas telefónicas.

En cuanto al análisis estadístico, las variables continuas se expresaron como promedio y desviación estándar y las variables discretas como porcentajes. Para la comparación de porcentajes se utilizaron tests no paramétricos (chi cuadrado). La sobrevivencia libre de eventos se expresó en curvas basadas en tablas actuariales (Kaplan - Meier) y la significación estadística al compararlas se realizó mediante el long-rank test.

POBLACION

Entre diciembre de 1994 y febrero de 1997 se realizaron en el Servicio de Hemodinamia del Hospital Privado, 120 procedimientos de angioplastia coronaria a un total de 110 pacientes con una edad promedio de 61 años y de sexo masculino en el 77 %.

Los pacientes tenían antecedentes de infarto de miocardio previo y de cirugía de by-pass coronario (CBPC) en 35 % y 9.2 % de los casos respectivamente. Aproximadamente la mitad refirieron antecedentes de hipertensión arterial, y un tercio eran tabaquistas durante el último año. El 18 % eran diabéticos y el 39 % tuvieron al menos un dosaje de colesterol total elevado.

El ochenta por ciento de los diagnósticos al momento del procedimiento correspondió a síndromes coronarios agudos: angina inestable e infarto agudo. Tres cuartos de la población refirió angina en clase funcional III y IV de la NYHA (angina a esfuerzos menores a los habituales y de reposo), en promedio 5 a 6 días previos al procedimiento.

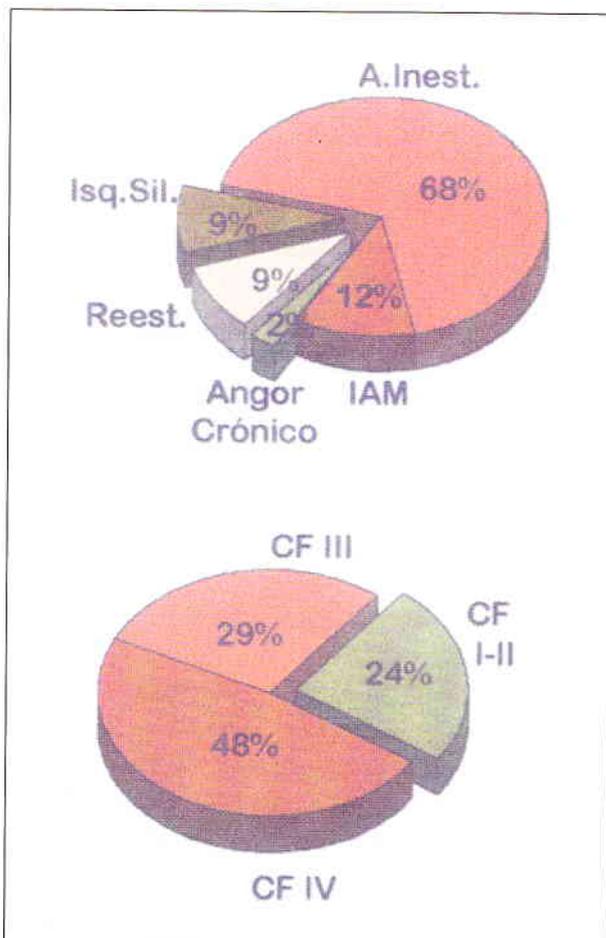


Fig.: 1

A pesar de la alta proporción de ptes. inestables y severamente sintomáticos, solo el 32 % recibía bloqueantes beta y el 21 % heparina a dosis anticoagulante. Solamente el 11 % recibía tratamiento considerado "completo", es decir la asociación de un beta bloqueante o bloqueante cálcico, AAS, nitritos y heparina.

Algo menos de la mitad de la población tenía enfermedad de múltiples vasos (dos y tres vasos y/o lesión de tronco de coronaria izquierda):

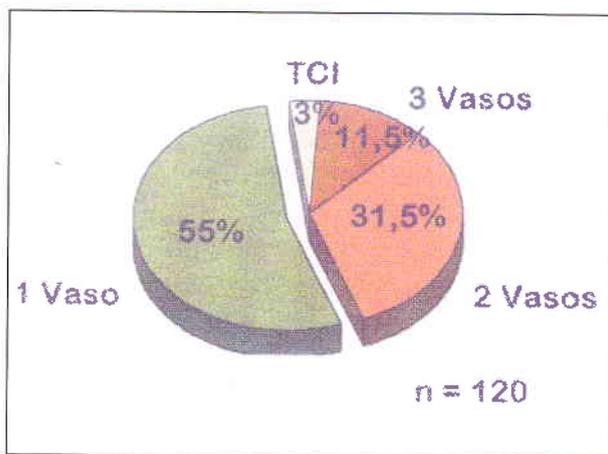


Fig.: 2

En síntesis: una población con alta incidencia de síndromes coronarios agudos, severamente sintomática y con alta proporción de enfermedad de múltiples vasos y antecedentes de CBPC e infarto de miocardio previo.

PROCEDIMIENTO

Número y características de los segmentos dilatados

Se dilataron un total de 143 segmentos en un total de 120 ATC, es decir 1.2 segmentos por procedimiento. En la mayoría (83 %) de las angioplastias se dilató solamente un segmento y en el porcentaje restante se dilataron 2 y 3 segmentos.

Poco menos de la mitad de los segmentos dilatados asentaron sobre la descendente anterior (DA) proximal, el tronco (protegido) de la coronaria izquierda (TCI) o un puente venoso, sitios donde se reconoce una mayor incidencia de reestenosis.

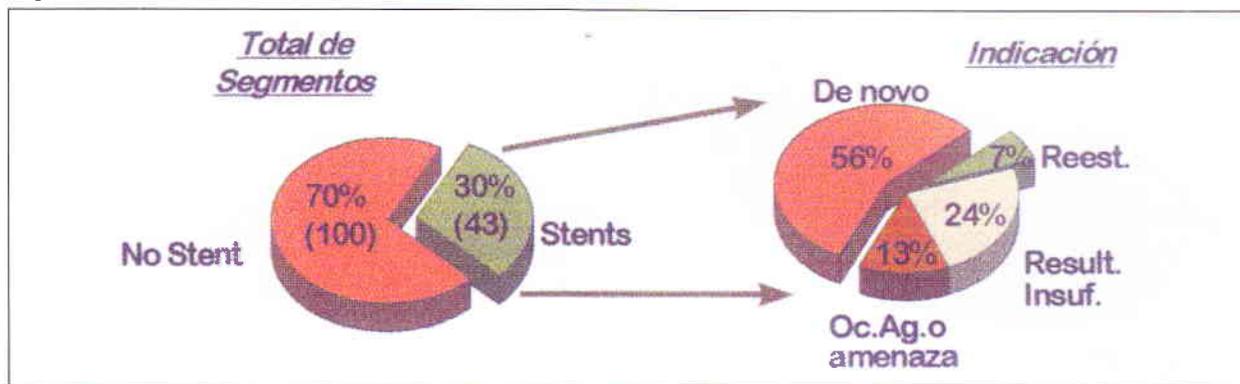
En el 42 % de los casos la lesión dilatada fue del tipo B2 o C de la clasificación de Ellis, que corresponden a lesiones complejas con baja probabilidad de éxito primario y alta tasa de complicaciones.

Técnica

Más del 90 % de las angioplastias se realizaron con catéteres 6 ó 7 french (2 y 2.3 mm de diámetro externo respectivamente), lo cual favorece el alta precoz y probablemente disminuye la tasa de complicaciones locales en el sitio de punción en comparación con los catéteres 8 y 9 french (2.7 y 3 mm) utilizados tradicionalmente.

La presión máxima de inflado del balón fue en promedio de 14.6 atmósferas en los segmentos en los cuales se colocaron stents, significativamente mayor ($p < 0.05$) a la presión máxima utilizada en los segmentos sin stents (9.6), siendo la diferencia atribuible a la utilización de las nuevas técnicas de impactación de los stents a alta presión.

Fig.: 3



Stents

Se colocaron stents en el 30 % de los segmentos dilatados (43 segmentos).

En el 37 % de los casos la indicación fue **no programada** es decir que se realizó en el curso del procedimiento en la sala de cateterismo cuando el resultado se juzgó insuficiente (lesión residual mayor de 30 %) o se produjo una oclusión aguda o amenaza de oclusión (lesión residual mayor al 50 % con isquemia o compromiso de flujo). En la era pre - stent muchos de estos casos deberían haberse enviado a cirugía de by - pass coronario de urgencia.

La indicación fue **programada** en la mayoría de los casos (de novo - reestenosis). Esto significa que la decisión de colocar un stent se tomó con anterioridad al procedimiento, en el caso de lesiones complejas.

Así, las poblaciones con y sin stent son totalmente diferentes en cuanto al tipo de lesiones tratadas.

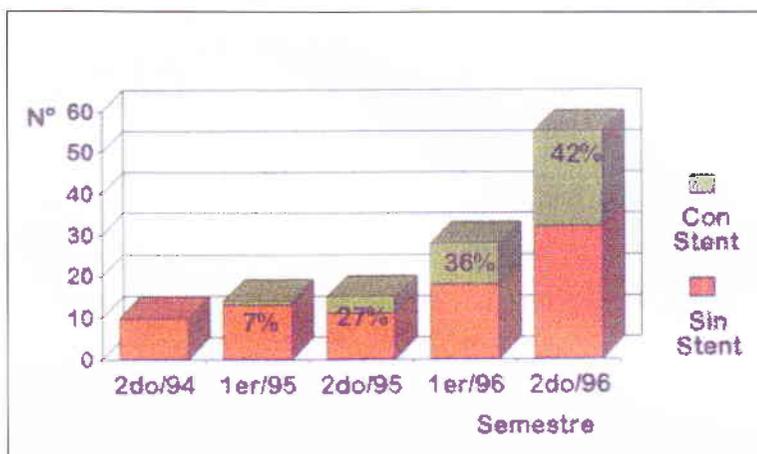


Fig.: 4

gundo semestre de 1996 el número absoluto de procedimientos aumentó en un 500 %.

Aunque la causa de este aumento es multifactorial, la extensión de las indicaciones hacia lesiones más complejas gracias a la utilización de stents, es probablemente la más importante.

En la actualidad, aproximadamente en la mitad de los procedimientos de revascularización coronaria se utiliza al menos un stent.

RESULTADOS

Intrahospitalarios:

La tasa de éxito primario (lesión residual menor al 50 %, sin la ocurrencia de eventos mayores: muerte, IAM o cirugía de by - pass coronario de urgencia), fue del 95 %. No hubo IAM con onda Q ni necesidad de CBPC de urgencia. Un pte. que ingresó con IAM y shock cardiogénico falleció por insuficiencia cardíaca progresiva luego de una ATC técnicamente exitosa, y en 5 pacientes no pudo atravesarse la lesión con la guía o el balón (ATC fallida no

	Grupo Stent (43 les.)	Sin Stent (100 les.)	p
Lesión Ostial	9.3 % (4)	0 %	<0.01
Prox. DA	37 % (16)	20 % (20)	<0.001
Tronco CI	5 % (2)	0 %	<0.05
Puente Saf.	9.3 % (4)	0 %	<0.01
Tipo "A"	21 % (9)	32 % (32)	ns

Evolución del número de angioplastias y de la proporción con stents

Entre el segundo semestre de 1994 y el se-

ficiencia cardíaca progresiva luego de una ATC técnicamente exitosa, y en 5 pacientes no pudo atravesarse la lesión con la guía o el balón (ATC fallida no

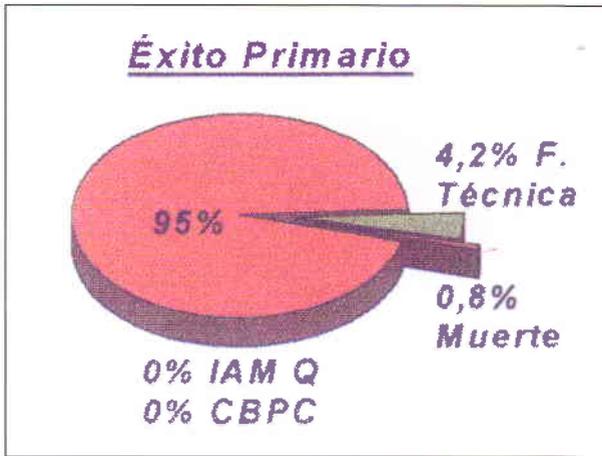


Fig.: 5

complicada).

El promedio de estadía hospitalaria fue de **2.1 +/- 1.2 días.**

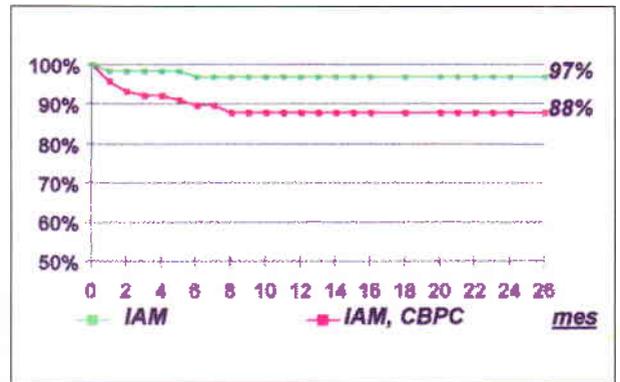
Seguimiento:

El 96 % de los ptes. tuvieron un seguimiento promedio de 7.6 +/- 6 meses, consistente en visitas a consultorio, referencia del médico de cabecera y llamados por TE.

(11 ptes.) una segunda ATC fue suficiente como tratamiento. En cinco casos similares se prefirió la cirugía de by - pass coronario (CBPC) como estrategia de revascularización.

La evolución a mediano plazo se expresa mejor en las curvas de sobrevida libre de eventos (Kaplan - Meier):

Fig.: 7



Un paciente falleció en el seguimiento (accidente de tránsito) y otro desarrolló un infarto, lo que corresponde a una sobrevida libre de IAM del 97 % a dos años.

Nueve pacientes fueron sometidos a CBPC en el seguimiento: 6 por reestenosis y 3 por angioplastia fallida no complicada. Así, la sobrevida libre de eventos mayores: IAM y CBPC, fue del 88 % en el mismo

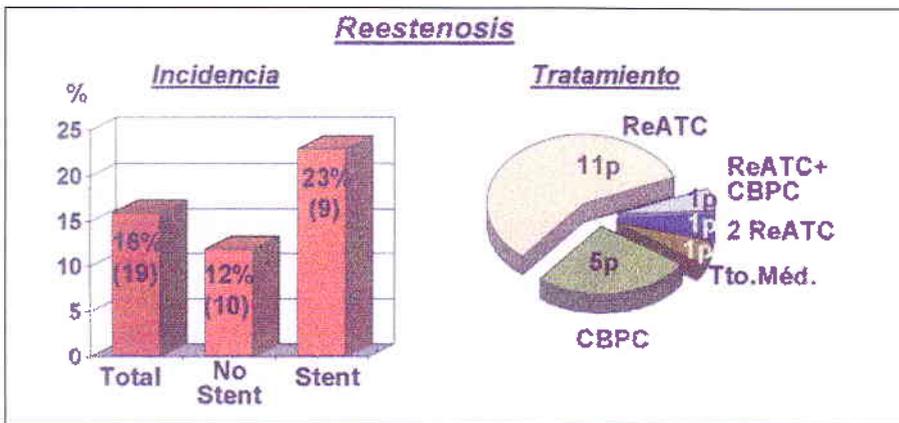


Fig.: 6

La incidencia de reestenosis clínica (definida como angina progresiva de aparición entre el mes y los 6 meses del procedimiento, con confirmación angiográfica de lesión mayor del 50 % en el sitio de una angioplastia previa exitosa), en la población total fue algo menor a la esperada: 16 %. Tal como es previsible por el tipo de lesiones tratadas con stents, la incidencia de reestenosis en este grupo fue mayor al de los pacientes sin stents, pero sin embargo muy similar a cifras publicadas en series que reclutaron poblaciones con lesiones más simples. (4-5)

En la mayoría de los casos de reestenosis

período.

Al comparar la sobrevida libre de eventos mayores en los subgrupos con enfermedad de un vaso versus vasos múltiples, encontramos una diferencia estadísticamente significativa.

No obstante, el 86 % de los pacientes con enfermedad de vasos múltiples estuvieron libres de muerte, infarto y cirugía de by - pass coronario a dos años de seguimiento.

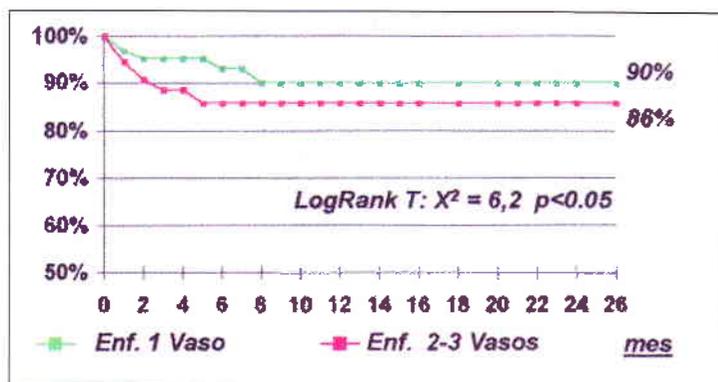


Fig.: 8

CONCLUSIONES

La estrategia de angioplastia coronaria con utilización de stents en indicaciones programadas (de novo en lesiones complejas) y de urgencia (oclusión, amenaza de oclusión aguda y resultado insuficiente), resultó en una alta tasa de éxitos primarios y baja incidencia de complicaciones con una incidencia global de reestenosis clínica de solo 16 %.

Estos resultados se obtuvieron en una población con alta prevalencia de síndromes coronarios agudos, severamente sintomáticos, con significativa proporción de enfermedad de múltiples vasos y lesiones complejas, y con una relativamente baja tasa de utilización de stents.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Pocock S.J. Meta-analysis of randomised trials comparing coronary angioplasty with by-pass surgery. *Lancet* 1995; 346: 1184-89.
- 2) Roubin GS, Cannon AD. Intracoronary stenting for acute or threatened closure complicating PTCA. *Circ.* 1992;85:916-927.
- 3) Serruys PW, Strauss BN. Angiographic follow-up after placement of a self-expanding coronary artery stent. *NEJM.* 1991; 324:13-17.
- 4) Fischman DL, Leon MB. A randomized comparison of coronary stent placement and balloon angioplasty in the treatment of coronary artery disease. *NEJM* 1994; 331:496-501.
- 5) Serruys PW, De Jaegere P. A comparison of balloon-expandable stent implantation with balloon angioplasty in patients with coronary artery disease. *NEJM* 1994; 331:489-95.
- 6) Colombo A, Hall P. Intracoronary stenting without anticoagulation achieved with intravascular ultrasound guidance. *Circulation* 1995; 91:1676-1688.
- 7) Karrison GJ, Morise MC. Intracoronary stent implantation without ultrasound guidance and with replacement of conventional anticoagulation by antiplatelet therapy: 30 day outcome of the French Multicenter Registry. *Circulation* 1996; 94:1519-1527.

MANEJO DE LA VIA AEREA DIFICULTOSA

Experiencia de nuestro servicio

RESUMEN

Se analizaron durante 19 meses, en forma retrospectiva las técnicas alternativas de intubación orotraqueal (IOT) al tradicional laringoscopio de Macintosh, para el manejo de la vía aérea difícil identificada o no en el preoperatorio.

Sobre un total de 6.213 cirugías con anestesia general se presentaron 166 intubaciones difíciles GIII-GIV, o que aparentaron serlo, según las maniobras con predictores preoperatorios.

En 53 oportunidades se utilizó introductor de Eschman,

8 combitube, 6 la máscara laríngea, 89 broncofibroscopías con el paciente despierto, 1 Intubación despierto con valva curva de Macintosh, 5 broncofibroscopías con paciente inducido y relajado, 2 broncofibroscopías a través de máscara laríngea, 1 intubación retrógrada y 1 punción de membrana cricoidea y ventilación con jet.

Todos fueron efectuados con éxito por un grupo homogéneo de anestesiólogos, en lo que respecta al conocimiento teórico y entrenamiento con cada una de ellas.

El 53,6 % de las intubaciones difíciles fueron anticipadas por el uso de predictores.

Palabras clave: Intubación orotraqueal - Vía aérea dificultosa.

SUMMARY

Alternatives to the Macintosh's technic for orotracheal intubation in difficult airways are analyzed retrospectively during 19 months.

Among the total of 6.213 surgical procedures under general anesthesia, 166 difficult intubation were considered on bases of preoperative predictors.

The Eschman's introducer was used upon

1 Miembro del Servicio de Anestesiología - Hospital Privado.
2 Jefe del Servicio de Anestesiología - Hospital Privado.

Dr. Alberto D. Palencia (1)
Dr. Jaime Pogulanik (2)
Servicio de Anestesiología - Hospital Privado.

53 cases: the combitube upon 8; the laryngeal mask upon 6. Bronchofibroscopy with the patient awake, 89 times; 1 intubation upon the patient awake with the Macintosh's curved valve; 5 bronchofibroscopy with the patient induced and relaxed; 2 bronchofibroscopy through laryngeal mask; 1 retrograde intubation and 1 jet ventilation through the cricoid membrane.

All the procedure were successfully performed by a group of anesthesists with similar theoretical and training knowledge. 53 % of the difficult tracheal intubation were anticipated for the use of predictors.

Key words: Orotracheal intubation. Difficult airways.

INTRODUCCION

Introducir un tubo en la tráquea luego de haber inducido en el enfermo una anestesia general, es causa de preocupación para cualquier médico anestesiólogo, que se incrementa si la vía aérea es inadvertidamente difícil, pudiendo este sufrir hipoxia, traumatismo de su vía aérea superior o digestiva, llegando inclusive al daño neurológico irreversible⁽¹⁾.

El objetivo del presente trabajo es valorar las técnicas empleadas en nuestro servicio, para resolver las dificultades en el manejo de la vía aérea difícil, anticipada o no.

MATERIAL Y METODO:

Todos los anestesiólogos luego de haber alcanzado un adecuado conocimiento teórico con técnicas para el manejo de la vía aérea difícil, tuvieron a su disposición los siguientes instrumentos para re-

resolver una intubación G III o G IV ⁽²⁾ según la clasificación de Cormak y Lehane.

1 - Introdutor de tubo traqueal. (IE)

2 - Combitube. (CT)

3 - Broncofibroscopía con paciente despierto. (B F re)

4 - Broncofibroscopía con pacientes inducido con anestesia general. (B F ag)

5 - Máscara laringea. (ML)

También se efectuaron:

- Intubación con broncofibroscopio a través de máscara laringea (ML y BF)
- Punción cricoidea y ventilación con jet.
- Intubación despierto con valva curva de Macintosh.
- Intubación retrógrada.

En el lapso de 19 meses sobre un total de 6213 cirugías con anestesia general, tuvimos 166 (2,57 %) intubaciones orotraqueales con técnicas alternativas. Fueron empleadas por intubación difícil GIII - IV, anticipada o no.

Se efectuaron 53 procedimientos con guía de Eschman (31,92 %), de los cuales en el 81 % (n43) se tardó < de 30" para intubar al paciente y en el 18.8 % (n10) más de > 30". Esta fue la técnica más empleada en los casos donde no se había anticipado una vía aérea difícil con predictores.

Observamos una escasa disposición entre nuestros anesthesiólogos en utilizar el combitube. Fue solamente empleado en 8 oportunidades (4,81 %), 6 veces en los primeros 3 meses y sólo en 2 oportunidades más, en el resto del tiempo.

En 59 casos (53,6 %) y con 100 % de éxito, el broncofibroscopio fue el instrumento más empleado. Se efectúa con el paciente despierto y anestesia local (1-3), bajo leve sedación (fentanilo - midazolán) y glicopirrolato, para disminuir las secreciones.

Algo distinto ocurrió cuando se empleó el

BF con el paciente bajo anestesia general, técnica que se empleó por dos razones: la primera por no advertirse una vía aérea difícil; ocurrió en 5 pacientes (3,01 %). En segundo lugar porque luego de haber entrenado con maniquí, nuestros residentes fueron autorizados a intubar pacientes ASA I, bajo anestesia general, previa oxigenación, a fin de no ocasionar molestias al enfermo ⁽⁴⁾. Treinta y seis pacientes fueron intubados con esta técnica, (no están incluidos en este trabajo).

La máscara laringea fue de gran utilidad para ventilar aquellos pacientes que sorpresivamente fueron difíciles de intubar: seis en total, (3,61 %), ocurrió en una cesárea y cinco en cirugías generales.

El uso de BF a través de la grilla de una ML se utilizó 2 veces (1,20 %) porque debía el paciente colocarse en decúbito ventral para ser operado en dicha posición. (Se intubó con introductor a través de ML con ayuda del BF).

También hubo 1 caso (0,6 %) de punción cricoidea y ventilación con jet para cirugía de mandíbula por fractura traumática.

En un paciente con grave traumatismo de cara por arma de fuego se utilizó la técnica retrógrada (0,6 %), en otro, intubación despierto con valva Macintosh (0,6 %) luego de anestesia tópica y bloqueo del lingual, rama del glosofaríngeo ⁽⁴⁾ para un paciente con estómago lleno y predictores de dificultad de intubación orotraqueal (I.O.T.) GIII.

Discusión:

Existen varias alternativas para manejar la vía aérea difícil, de acuerdo al Plan de la Sociedad Americana de Anestesiología ⁽⁶⁾.

Utilizar unas u otras, puede depender de la formación, recursos y el lugar donde el anesthesiólogo desempeña su trabajo. Cuando los antecedentes o los predictores indicaban posible G III - G IV se utilizó BF con paciente despierto.

En los casos de una dificultad no anticipada (no es posible ver glotis) con el paciente anestesia-

do y relajado, recurrimos sin demora al introductor de Eschman o a la ML.

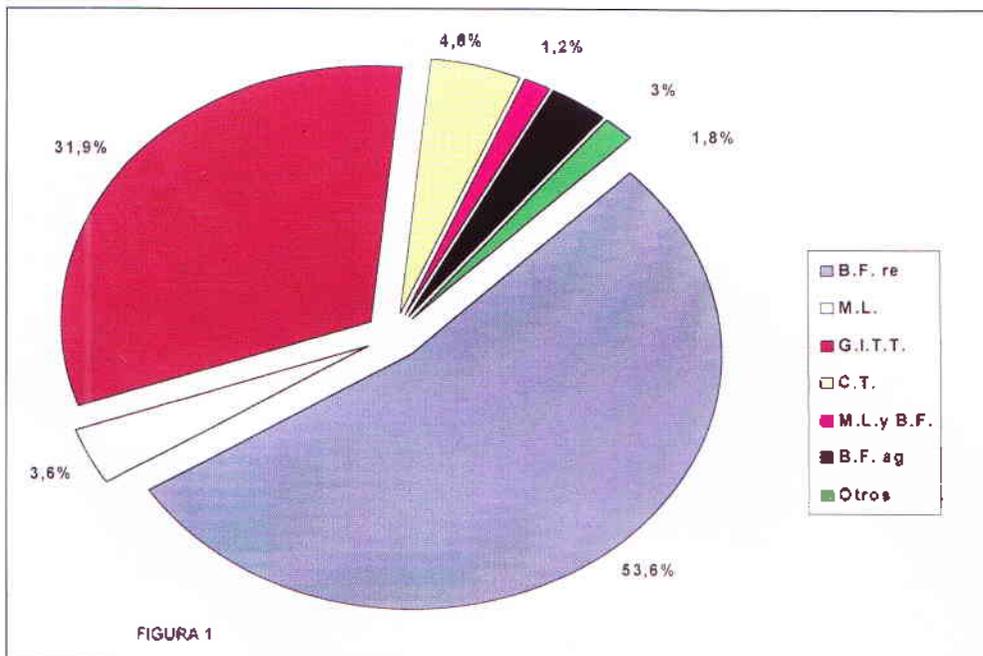
Con predictores GI, GII y estómago lleno preferimos inducción rápida con maniobra de Sellick⁽³⁾.

El combitube fue utilizado relativamente en pocas oportunidades. Algunos anestesiólogos mencionaron que podría ser traumático, otros que ML y BF eran suficientes para solucionar los casos de intubación difícil. La indicación más conveniente puede ser aquella dificultad de IOT inadvertida con

creando armonía de criterios para elegir un método, técnica o instrumental a fin de sortear uno de los momentos más críticos en la tarea del anestesiólogo: enfrentarse con una vía aérea difícil o imposible de intubar con una laringoscopia.

Consideramos que la puesta en marcha de este "programa" de técnicas alternativas para el manejo de la vía aérea difícil ha sido muy provechoso no sólo para nuestros pacientes sino para transmitir esta experiencia a los residentes.

Es llamativa la cantidad de broncofibrosco-



pías con paciente despierto (53,6 %). Creemos que es reflejo de la correcta utilización de los predictores para intubación dificultosa. Estos son empleados en el consultorio de anestesia, en la visita pre-operatoria e incluso en el quirófano, cuando se trata de cirugías de emergencia.

El introductor de Eschman es de elec-

estómago lleno. Debemos tener en cuenta que este trabajo es el resultado de la experiencia inicial de un servicio; sus integrantes difícilmente pueden tener oportunidad o interés, en entrenarse simultáneamente con todos los recursos disponibles.

Conclusión

Después de haber valorado casi todas las técnicas de manejo de la vía aérea dificultosa en el transcurso de 19 meses, comprobamos que todos los miembros del servicio, con la misma disponibilidad de elementos técnicos, obtuvieron entrenamiento y habilidad en el manejo de la vía aérea dificultosa,

creando armonía de criterios para elegir un método, técnica o instrumental a fin de sortear uno de los momentos más críticos en la tarea del anestesiólogo: enfrentarse con una vía aérea difícil o imposible de intubar con una laringoscopia.

En conclusión hemos resuelto básicamente el manejo de la vía aérea dificultosa con tres técnicas.

a) Si la vía aérea dificultosa es previamente reconocida (53,6 %) el broncofibroscopio con paciente despierto es de elección.

b) Utilizamos el introductor de Eschman (31,9 %) o la máscara laringea (3,6 %) en caso de vía aérea dificultosa no reconocida previamente a la inducción anestésica.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Benumof J.L. Management of the difficult adult airway. *Anaesthesiology* 1991. Vol. 75:1087 - 1110.
- 2) Cornak y Lehane. Difficult tracheal intubation in obstetrics. *Anaesthesia*. 1984, Vol. 39 1105-1111.
- 3) Ovassapian A. Awake intubation in the patient at high risk of aspiration. *B.J. of Anaesthesia* 1989. Vol 62-13-16.
- 4) Smith J.E. Learning curves for fiberoptic nasotracheal intubation when using the endoscopic videocamera. *Anaesthesia*, 1997, 52, 101-106.
- 5) Wilson M.N. Predicting difficult intubation. *British Journal of Anaesthesia* 1993. Vol. 71, N 3-333-334.
- 6) A report by the American Society of Anaesthesiology, 1993:78:597.

*Muerto debido a la ayuda
de demasiados médicos.*

Alejandro Magno

ABORTOS RECURRENTES DEBIDOS A ANOMALIAS CROMOSOMICAS EN LOS PROGENITORES

RESUMEN

Está establecido que alrededor del 5 % de las parejas que presentan abortos recurrentes (AR) son portadores de una anomalía cromosómica.

Se efectuó cariotipo en linfocitos de sangre periférica a una serie de 143 parejas con diagnóstico de abortos espontáneos (AE) del primer trimestre de la gestación, de las cuales el 4,9 % evidenció diversos casos de anomalías cromosómicas, que incluyeron monosomías y trisomías del cromosoma X, en mosaico: 46,XX/47, XXX; 46,XX/45, X/47, XXX y translocaciones balanceadas de autosomas: 45,XX; rob (13q;15q); 45,XX; rob (14q;21q); 46,XY; (4;10) (p16;12); 46,XX; t(7p;8p); t(7q;8q).

De los resultados obtenidos surge la necesidad de que toda pareja con abortos recurrentes del primer trimestre o con un aborto espontáneo y el antecedente de un feto con malformaciones sea estudiado genéticamente, incluyendo dicha valoración, el cariotipo de ambos progenitores.

Los esfuerzos coordinados de un equipo profesional multidisciplinario constituido por perinatólogos, obstetras, patólogos y genetistas son indispensables a los fines de abordar la problemática de la pareja en forma integral.

Palabras clave: anomalías cromosómicas - abortos recurrentes.

SUMMARY:

About 5 % of couples with recurrent spontaneous abortion are carriers of chromosomal abnormalities.

We report a group of 143 couples, ascertained through spontaneous abortion of the first trimester of pregnancy, to whom peripheral blood karyotype were performed. Our results shown that 4,9 % of our patients have abnormal karyotypes: mosaicism with monosomy and trisomies of X chromosome: 46,XX/47, XXX; 46,XX/45, X/47, XXX; and

Dra. Norma Rossi (1) - Biol. Alicia Sturich (2)
Lic. Mariana Botterón (3)
Sección Genética Médica -
Departamento Pediatría. Hospital Privado.
Sección Citogenética - Departamento de Laboratorios.
Hospital Privado.

autosomal balanced translocations: 45,XX; rob (13q;14q); 45,XX; rob (14q;21q); 46,XY; (4;10) (p16;12); 46,XX; t(7p;8p); t(7q;8q).

These data support the need to evaluate every couple with recurrent abortion of the first trimester or with a spontaneous abortion and birth defects offspring genetically, including karyotype of both parents.

Coordinated efforts from perinatologist, obstetricians, pathologist and geneticists should be done in order to help the couple in handling the whole problem.

Key words: Chromosomal abnormalities - recurrent abortion.

ANOMALIAS CROMOSOMICAS COMO CAUSA DE ABORTOS RECURRENTES

INTRODUCCION:

Se define como aborto espontáneo (AE) a la pérdida espontánea e inexplicada de un embarazo antes que el feto sea viable. ⁽¹⁾

Son muchas las causas posibles de abortos recurrentes (AR), sin embargo podemos explicar la mayor parte de ellas como resultado de problemas genéticos, hormonales y anatómicos. Dentro de las causas genéticas pueden mencionarse las de origen multifactorial, génicas y cromosómicas. ⁽²⁾

Existe acuerdo general que un 15 % de los embarazos que abortan espontáneamente durante el primer trimestre de la gestación ⁽²⁾, un 50 a 60 % son atribuibles a anomalías cromosómicas "de novo" o heredadas. ^{(2), (3), (4)}.

Las anomalías "de novo" se consideran accidentales y con bajo riesgo de recurrencia, a dife-

(1) Jefa de la Sección Citogenética. Hospital Privado.

(2) Bióloga de la Sección Citogenética. Hospital Privado

(3) Licenciada en Genética de la Sección Citogenética. Hospital Privado.

Fig. 1:
Cariotipo femenino con anomalía del par sexual: **Trisomía X = 47,XXX.**

rencia de las heredadas, en cuyo caso la existencia de un progenitor, portador asintomático de una anomalía cromosómica, aumenta las posibilidades de una descendencia afectada. Diversos autores coinciden que entre 4 al 7 % de las parejas con AR presentan un cariotipo anormal en uno de los progenitores, ^{(2), (3), (5).}

MATERIALES Y METODOS:

Se realizó cariotipo a un total de 143 parejas con fallos reproductivos en el periodo comprendido desde agosto 1988 hasta julio 1997. Todas las parejas referidas para estudio genético tenían antecedentes de al menos dos abortos espontáneos del primer trimestre de la gestación.

No se consideraron para el presente trabajo los casos de esterilidad primaria.

Se efectuó cultivo de linfocitos de sangre periférica en medio de cultivo RPMI suplementado con SFB 15 % y PHA 5 % por el término de 72 hs. Se procesó según técnica standard. Para la identificación de los pares cromosómicos se utilizaron las técnicas de bandeado G y C, analizándose un número de 20 a 40 células por cada paciente. ⁽⁶⁾

RESULTADOS:

Sobre el total de nuestra muestra (n=143 parejas) encontramos 7 casos en los cuales uno de los integrantes era portador de una anomalía cromosómica. (4,9 %).

Tres de ellos presentaron anomalías del par sexual: dos casos con trisomía X en mosaico (46,XX/47,XXX) y un caso con monosomía y trisomía X en mosaico (46, XX/45, X/47,XXX). En los cuatro pacientes restantes se evidenciaron dos casos de translocación por fusión robertsoniana:

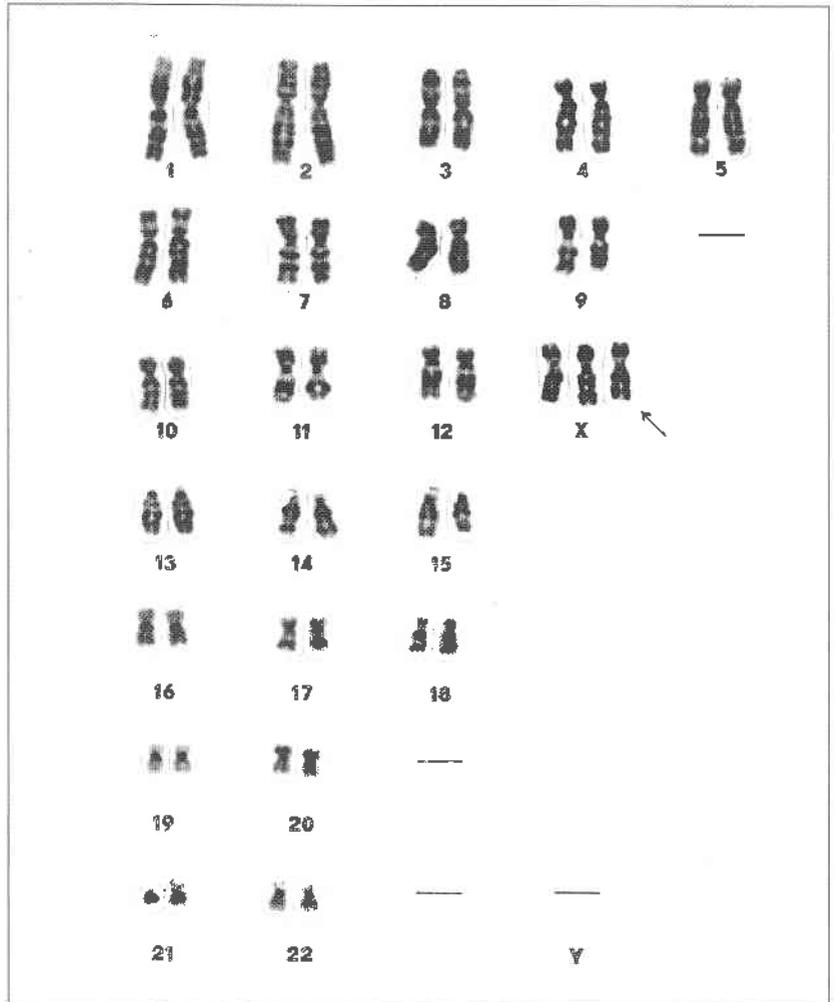


TABLA I:
Anomalías cromosómicas halladas en nuestra serie.

- 46, XX/47,XXX
- 46,XX/45,X/47,XXX
- 46,XX; t(7p;8p); t(7q;8q)
- 46,XX / 47,XXX
- 46,XX; rob (13q; 14q)
- 46,XY; t (4;10) (p 16; p 12)
- 46,XX; rob (14 q; 21 q)
- 46,XX; inv (9) (p 11; q 13) (*)
- 46,XX; inv (9) (p 11; q 13) (*)

(*) nota: estos resultados fueron considerados en el presente trabajo como variables polimórficas.

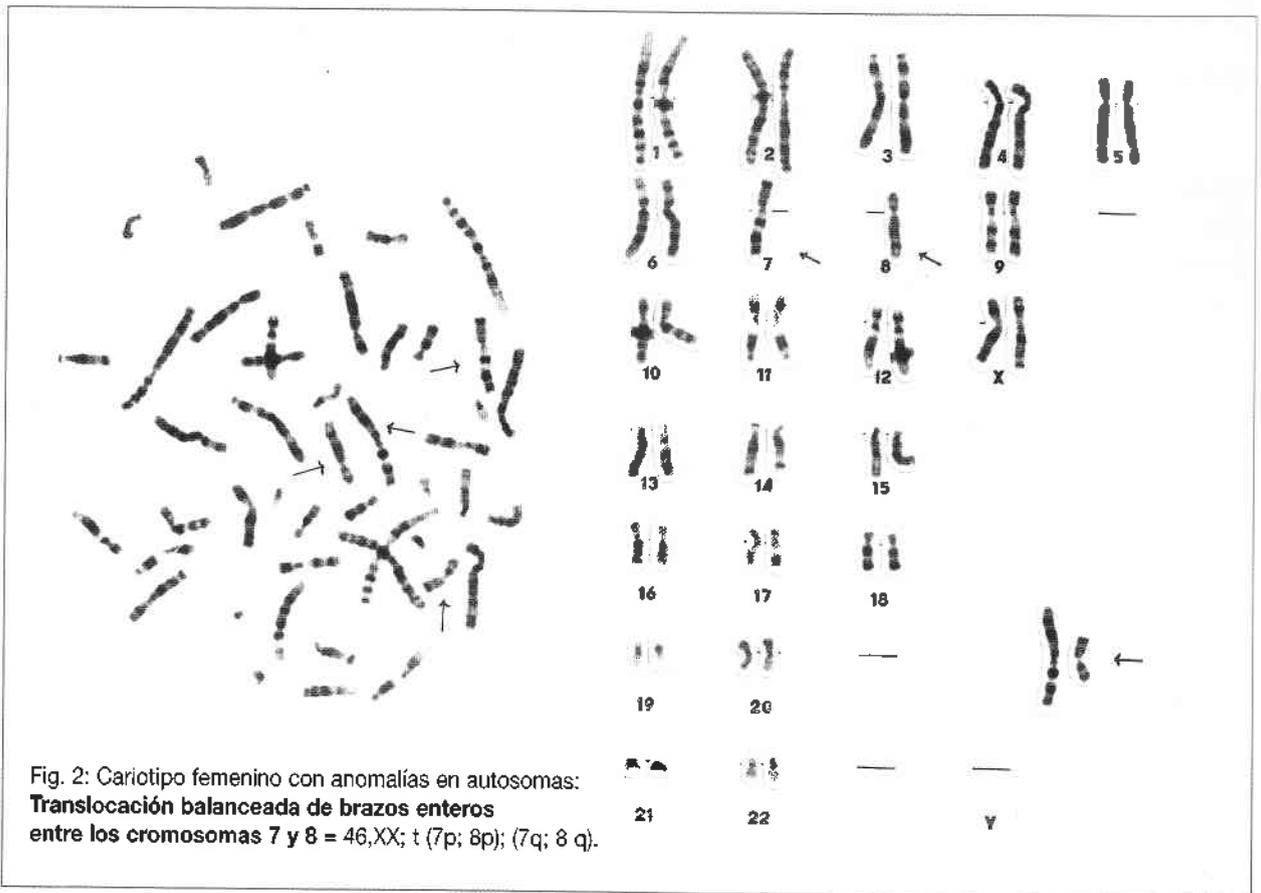


Fig. 2: Cariotipo femenino con anomalías en autosomas:
Translocación balanceada de brazos enteros
 entre los cromosomas 7 y 8 = 46,XX; t (7p; 8p); (7q; 8 q).

45,XX; rob (13;14); 45,XX; rob (14;21), un caso de translocación balanceada: 46,XY; t (4;10) (p16;p12) y un caso de translocación de brazos enteros: 46,XX; t(7p;8p); t(7q;8q).⁽⁷⁾

Se encontraron además dos pacientes portadores de inversión pericéntrica completa de la banda de heterocromatina pericentromérica en cromosomas del par 9 (1.4 %).

DISCUSION

Los portadores de rearrreglos cromosómicos balanceados o de algunos mosaicos del par sexual son individuos fenotípicamente normales. Estas anomalías predisponen a la producción de gametas disbalanceadas que, de participar en la fecundación, generan embarazos no viables que terminan en abortos espontáneos.

Numerosos estudios han de-

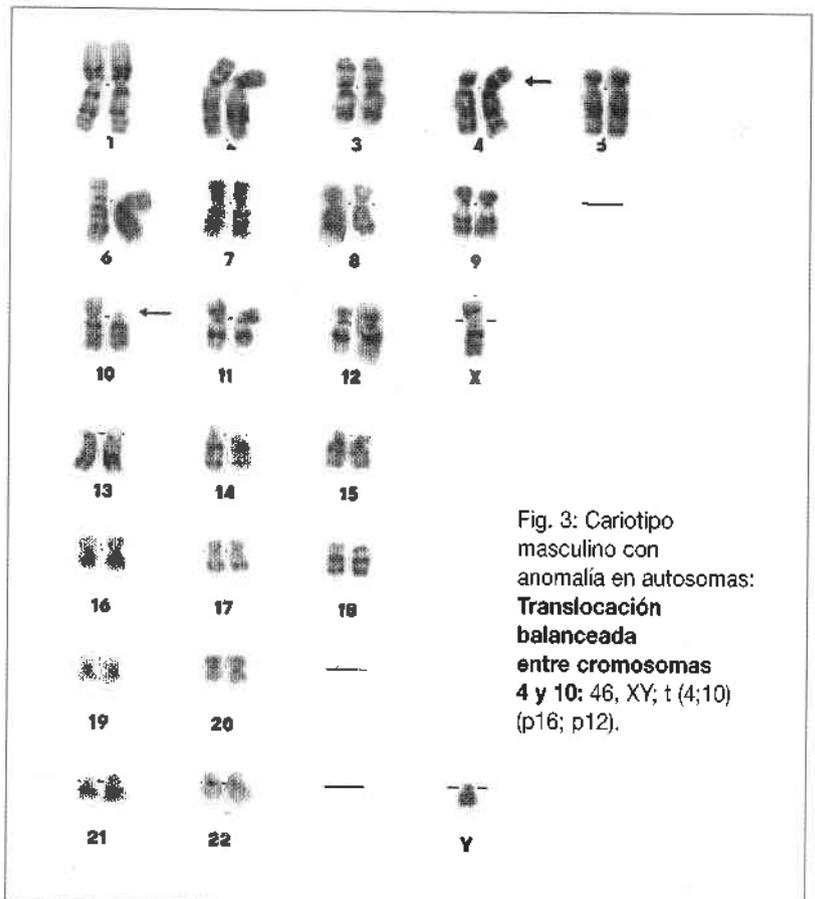


Fig. 3: Cariotipo masculino con anomalía en autosomas:
Translocación balanceada
 entre cromosomas 4 y 10: 46, XY; t (4;10) (p16; p12).

mostrado que, en alrededor del 5 % de las parejas que experimentan dos o más abortos espontáneos, uno de los miembros de la pareja es portador de un rearrreglo cromosómico balanceado, mientras que dicho porcentaje disminuye al 0,5 % en la población general ⁽³⁾. Nuestra muestra indica que en un 4,9 % de las parejas estudiadas, existe un portador sano. Se ha destacado además, que las mujeres son portadoras con mayor frecuencia de translocaciones balanceadas, lo cual es consistente con el hecho de que las anomalías cromosómicas son compatibles con fertilidad en la mujer, mientras que ocasionan más a menudo esterilidad en el varón ⁽⁸⁾. El 75 % de las translocaciones balanceadas encontradas en el presente trabajo, fueron diagnosticadas en mujeres.

Algunos autores sostienen que, entre las parejas con AR debidos a anomalías cromosómicas en los progenitores, el 90 % son debidos a rearrreglos balanceados autosómicos y el 10 % a mosaicos del par sexual ⁽⁸⁾. En las parejas analizadas en nuestra serie el porcentaje de AR atribuibles a mosaico del par sexual alcanzó el 43 %. Podríamos explicar esta diferencia al tamaño de la muestra (Fig. 4).

En cuanto al hallazgo de las inversiones de

heterocromatina en los cromosomas del par 9, considerado por algunos autores como variables polimórficas normales ⁽⁹⁾, el tema está siendo objeto de revisiones y no podemos por el momento, concluir que no originen también, gametas disbalanceadas que provoquen AR ⁽¹⁰⁾.

CONCLUSION

De los resultados obtenidos surge la necesidad de que toda pareja con abortos recurrentes del primer trimestre o con un aborto espontáneo y antecedente de un feto con malformaciones sea estudiada genéticamente, incluyendo dicha valoración, el cariotipo de ambos progenitores.

Los esfuerzos coordinados de un equipo profesional multidisciplinario, constituido por perinatólogos, obstetras, patólogos y genetistas son indispensables a los fines de abordar la problemática de la pareja en forma integral.

BIBLIOGRAFIA

1. Pritchard, J.A.; Mac Donald, P; Gent, N.; Williams Obstetrics. Appleton - Century Crafts Ed. East Norwalk. 1985; pág. 467-469.
2. Colston Wentz, A.; Carbwright, P.S.: Abortos Recurrentes y espontáneos. En: Tratado de Ginecología. Novak Ed. Interamericana. México. 1991; pág. 289-291.
3. Garber, A.; Schreck, R.; Carlson, D.E.; Fetal Loss. En: Principles and Practice of Medical Genetics. Emery & Rimoin. Churchill Livington Ed. New York. 1997; pág. 677-686.
4. Primarosa R. Chieri: Genética Clínica. López Libreros Editores SRL. Buenos Aires. 1988.
5. Thompson, J.S. & Thompson M.W.: Genetics in Medicine. W.B. Saunders Company Ed. Filadelfia. 1991.
6. Verma, R.S. & Babu, A.: Human Chromosomes; Principles and Techniques, Mc. Graw Hill Ed. New York. 1995.
7. ISCN. 1995. An International System for Human Cytogenetic Nomenclature. Mitelman, F. Ed. S. Karger, Basel. 1995.
8. Salamanca Gómez F: Citogenética Humana, Fundamentos y Aplicaciones Clínicas. Ed. Panamericana, México. 1990.
9. De la Chapelle, A.; Schröder, J.: Pericentric inversions of Human Chromosomes 9 and 10. Am J. Hum. Genet. (1974); 26:746-766.
10. Teo, H.S.; Tan, M.; Knight, L.; Yeo, H.S.; Ng, I.: Pericentric Inversion 9; incidence and clinical significance. Ann. Acad. Med. Singapore. 1995; 24:302-304.

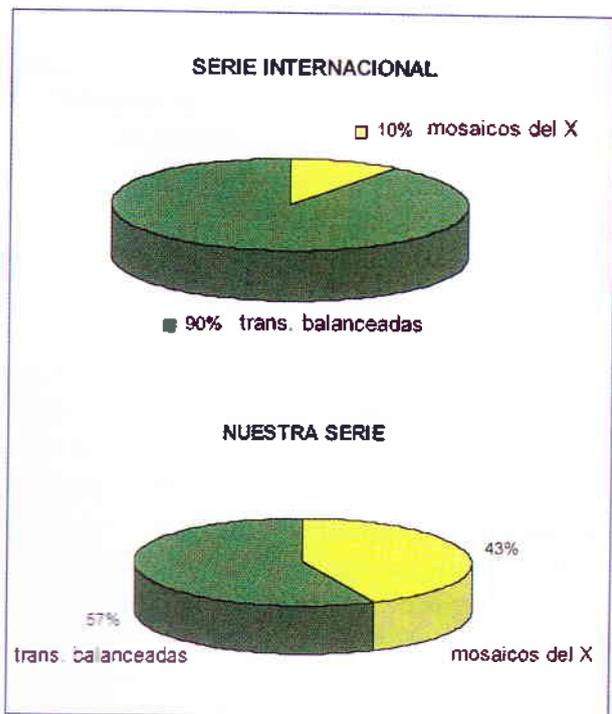


Fig. 4: Comparación porcentual de anomalías autosómicas y anomalías del par sexual, entre las series internacionales publicadas y nuestra serie.

INCIDENCIA DE LOS FACTORES NUTRICIONALES ADVERSOS SOBRE EL PESO CORPORAL DE PACIENTES HOSPITALIZADOS

RESUMEN

Se señala la importancia de valorar el estado nutricional para la evaluación de los pacientes hospitalizados. Con el fin de identificar aquellos que están en "riesgo de sufrir desnutrición", se los estudia por medio de los "factores nutricionales adversos" (FNA). Cuando un paciente posee tres o más FNA, se lo considera en riesgo potencial de padecer déficit nutricional.

El estudio fue realizado sobre 316 pacientes que ingresaron en los meses de enero, febrero y marzo del año 1997. Los pacientes internados más de tres días con FNA, deterioraron su estado nutricional independientemente de la patología de base.

Se concluye que el apoyo nutricional se ha convertido en un componente vital de tratamiento de los enfermos hospitalizados.

Palabras clave: Desnutrición - Enfermedades metabólicas.

SUMMARY

The importance to assess the nutritional conditions of patients hospitalized is emphasized. In order to identify those on risk of malnutrition, the evaluation of the **adverse nutritional factors** was used.

If 3 or more adverse nutritional factors were found, that patient was considered in potential risk of malnutrition.

316, patients admitted during January, February and March of 1997 were included in the study.

The patient hospitalized for more than 3 days with adverse nutritional factors deteriorated the nutritional conditions not influenced by the basic disease.

1 Lic. en Nutrición. Escuela de Nutrición. U.N.C.

2 Lic. en Nutrición. Escuela de Nutrición. U.N.C.

3 Lic. en Nutrición. Servicio de Alimentación. Unidad de Nutrición Especial. Hospital Privado.

4 Médico. Jefe de la Sección Diabetes y Nutrición y Unidad de Nutrición Especial. Hospital Privado.

Lic. Carina Bianconi (1), Lic. Lorena Salassa (2), Lic. Sonia Lombardelli (3), Dr. Luis de Loredó (4)

Servicio de Nutrición y Alimentación. Hospital Privado.

We conclude that the nutritional support has been considered as a vital component of the treatment of the hospitalized patients.

Key words: Malnutrition - Metabolic assesment.

INTRODUCCION

La **malnutrición** se define como "un cuadro que se deriva de un desequilibrio, por déficit o por exceso, de nutrientes y/o energía en relación con las necesidades metabólicas y tisulares del individuo" (1,2). Al hablar de un desequilibrio por exceso se hace referencia a la **obesidad** (acumulación generalizada y excesiva de grasa corporal que se traduce en un aumento de peso) (3,4), mientras que un desequilibrio por déficit indica **desnutrición** (alteración provocada por un balance negativo de energía y/o proteínas donde el organismo recurre a las reservas para mantener la integridad funcional). (5)

Independientemente del estado nutricional previo, toda enfermedad repercute de alguna manera sobre el organismo dejando huellas temporarias o definitivas sobre alguno de los tiempos de la nutrición o sobre la composición corporal (6, 7, 8). No obstante, con demasiada frecuencia la valoración nutricional pasa inadvertida en las historias clínicas con la simple afirmación de que "el paciente está bien o malnutrido".

El interés y la importancia de valorar el estado nutricional disminuyeron en las últimas décadas por el hecho de que las enfermedades por deficiencia neta (escorbuto, pelagra y otras) pasaron a ser casos muy raros en los hospitales generales. Sin embargo, la depleción del estado nutricional es cada vez más frecuente fundamentalmente en pacientes de edad avanzada, cancerosos, alcohólicos crónicos o en pacientes que por diversas causas permanecen

un largo período de tiempo con dietas inadecuadas. (8) También se han observado estados carenciales en pacientes hospitalizados y mal alimentados por ser sometidos a ciertas prácticas terapéuticas y/o quirúrgicas. (8, 9) Hay que admitir, entonces, que las alteraciones nutricionales existen y no siempre se manifiestan por el cuadro florido de algunas enfermedades por carencia o por exceso. (8, 10)

En la rutina, no todos los pacientes requieren una evaluación nutricional completa ni es práctico evaluarlos a todos, pero sí es importante identificar aquellos que poseen "riesgo de sufrir desnutrición" (11) a través de la "detección de los Factores Nutricionales Adversos" (FNA).

Los (FNA) son los "**signos, síntomas o patologías agudas o crónicas que alteran algún tiempo de la nutrición provocando en el organismo déficit calórico y/o proteico que se traduce en una alteración de la composición corporal**".

Cuando un individuo posee tres o más FNA se considera que está en riesgo potencial de padecer déficit nutricional. (7, 12)

Un estudio realizado en pacientes admitidos en un servicio general mostró que un 50 % de los evaluados a la admisión tenían alta probabilidad de sufrir desnutrición, cifra que aumentaba al 69 % luego de dos semanas de hospitalización. (12)

Es importante, por lo tanto, implementar un sistema de pesquisa que debe efectuarse al momento de la hospitalización y cada semana ya que está comprobado que la malnutrición tiende a agravarse a partir del décimo día de internación.

El propósito de este estudio fue determinar la incidencia de los FNA como uno de los elementos determinantes de la disminución del peso corporal en los pacientes hospitalizados.

MATERIAL Y METODOS

Fueron estudiados todos los pacientes que permanecieron hospitalizados durante los meses de enero, febrero y marzo de 1997.

* pacientes mayores a 20 años, a excepción

de embarazadas y puérperas.

* hospitalización igual o mayor a diez días.

Considerando la forma en que los FNA impactan sobre el estado de nutrición se clasificaron en:

* Situaciones que dificultan la ingesta alimentaria y/o la disminuyen a cifras menores al 30 % del requerimiento (ayunos quirúrgicos y/o terapéuticos, náuseas y vómitos persistentes, anorexia, enfermedades del aparato digestivo).

* Situaciones que aumentan las pérdidas de nutrientes (vómitos y diarreas persistentes, fístulas del tracto digestivo, procedimientos sustitutivos de la función renal.

* Patologías agudas y/o crónicas que incrementan las necesidades metabólicas (cirugías, politraumatismos, infecciones y sepsis, enfermedades neurológicas, renales, respiratorias, neoplasias, diabetes, etc.)

* Uso de medicación o terapia catabólica (quimioterapia, radioterapia, inmunosupresores).

* Hábitos que alteran algún tiempo de la nutrición (alcoholismo, tabaquismo, uso inapropiado de laxantes y diuréticos)

Cuando un individuo tenía tres o más FNA fue considerado como con riesgo potencial de padecer déficit nutricional. (7,12)

Al tercer día de internación se evaluó el peso del paciente y la presencia de FNA dividiéndolos en dos grupos:

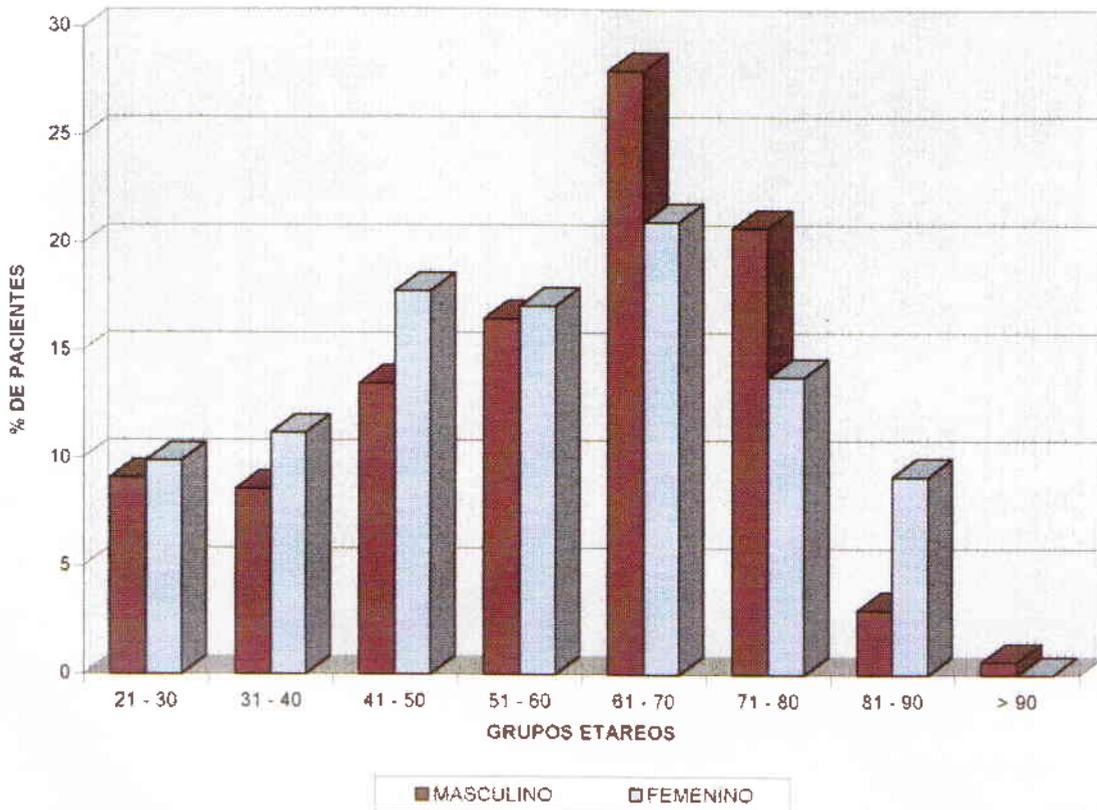
1) **Con riesgo nutricional** (presencia de tres o más FNA)

2) **Sin riesgo nutricional** (menos de tres FNA)

RESULTADOS

Trescientos dieciseis pacientes fueron evaluados al tercer día de internación, de los cuales 23,1 % (73 pacientes) cumplieron los criterios de inclusión.

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN EDAD Y SEXO



La distribución según sexo fue homogénea correspondiendo el 52 % (38 pacientes) al sexo masculino y el 48 % (35 pacientes) al femenino.

La edad media fue de 56,5 \pm 17,1 años (rango 21 a 93 años). El error standar de este dato se sometió a análisis estadístico para probar la homogeneidad y representatividad de la muestra arrojando valores aceptables.

Se destaca el grupo etáreo de 61 a 70 años como el más importante en cuanto al número de pacientes. Es conocido el hecho de que la ocurrencia de enfermedades crónicas, pérdida de peso y nutrición insuficiente aumentan proporcionalmente con la edad lo que contribuye a una mayor morbilidad. Esto implica que las personas mayores se hospitalizen reiteradamente.

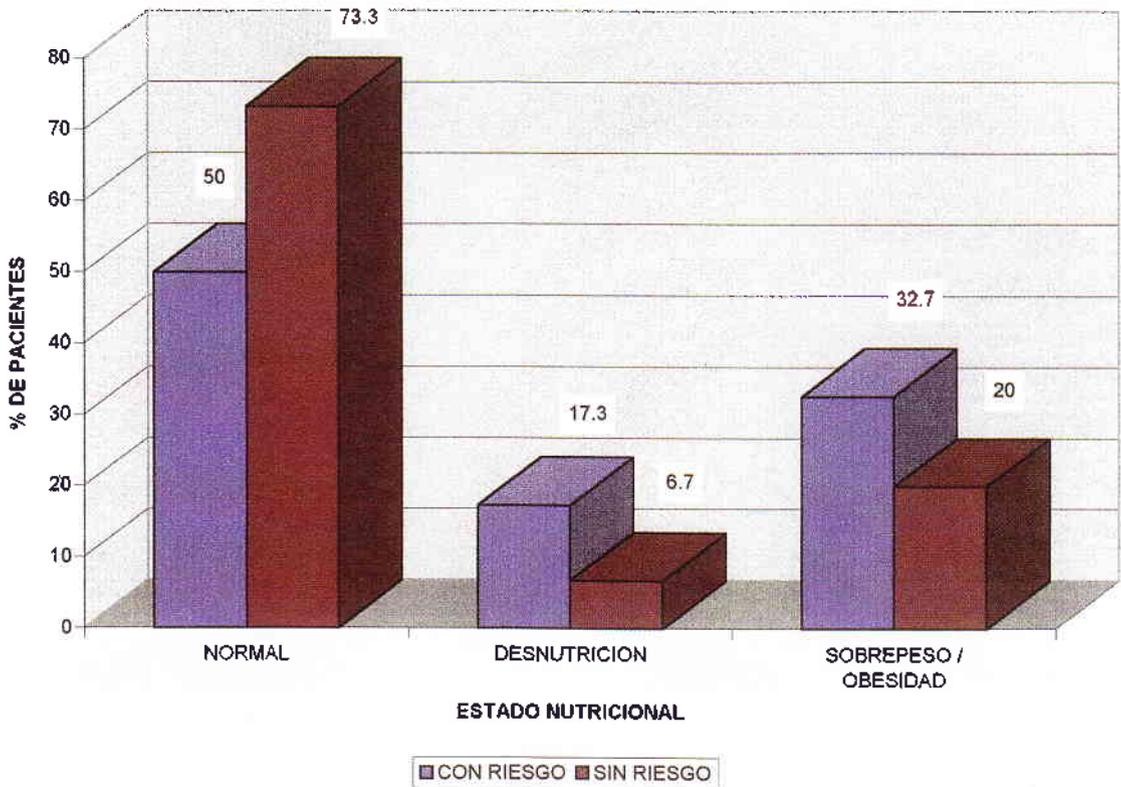
En cuanto a la presencia de riesgo nutricional, de

los pacientes que constituyeron la muestra, el 80 % (58 pacientes) presentaron riesgo nutricional al ingreso y el 20 % (15 pacientes), no.

Al evaluar el peso corporal de cada grupo se observó la diferencia entre los distintos estados nutricionales mostrándose que el grupo con riesgo nutricional presentó mayor número de pacientes malnutridos tanto por déficit como por exceso.

Analizando el tiempo de hospitalización de ambos grupos se vio que los pacientes sin riesgo nutricional sólo pudieron ser controlados dos veces (promedio de 11.4 días de internación, rango 10 a 17) mientras que el grupo con riesgo tuvo un tiempo de internación mayor (promedio de 19 días de internación, rango de 18 a 66).

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN ESTADO Y RIESGO NUTRICIONAL



Motivo de internación

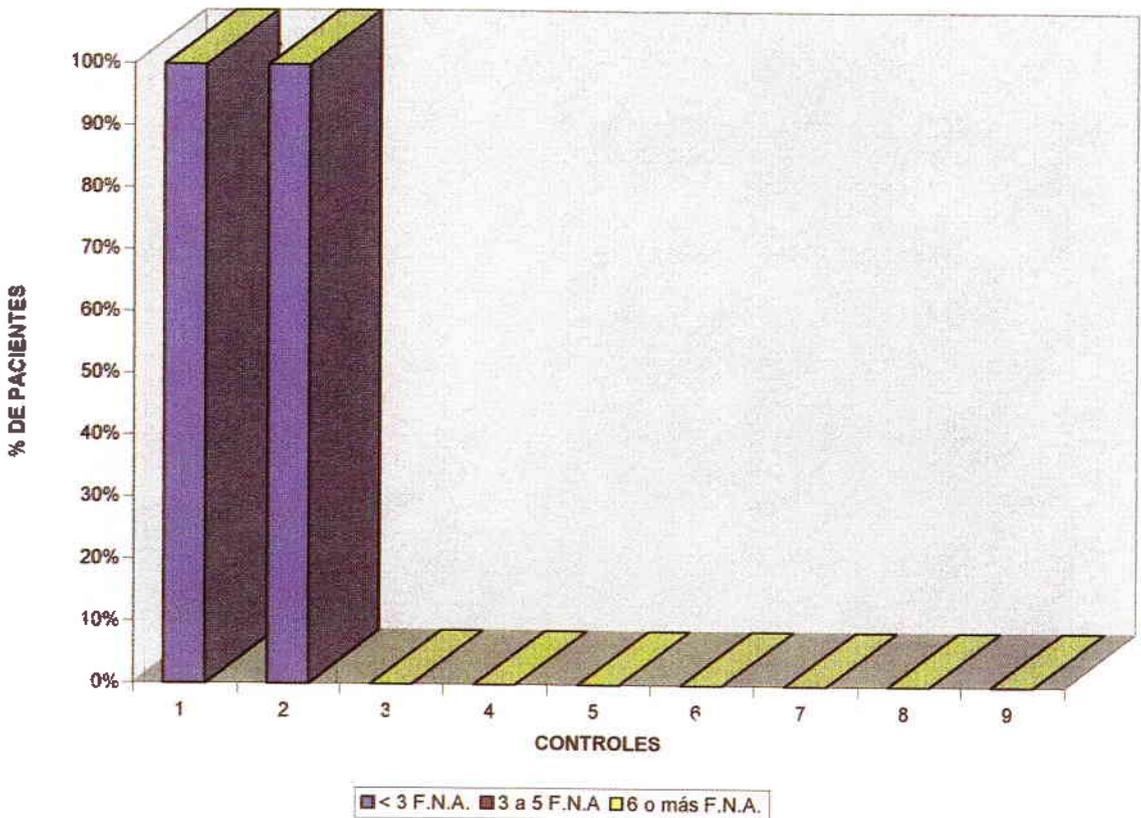
Motivo de internación	Con riesgo	Sin riesgo
Cirugías extradigestivas	32.8 %	0 %
Neoplasias	17.1 %	19.9 %
Enfermedades neurológicas	10.3 %	19.9 %
Cirugías digestivas	5.2 %	0 %
Enfermedades intestinales	5.2 %	6.7 %
Politraumatismos	1.7 %	6.7 %
Enfermedades respiratorias agudas	5.2 %	6.7 %
Infecciones	5.2 %	0 %
Sepsis	5.2 %	6.7 %
Síndromes febriles	3.5 %	6.7 %
Insuficiencia renal aguda	1.7 %	0 %
Hepatopatías	1.7 %	0 %
Insuficiencia renal crónica	1.7 %	0 %
Insuficiencia cardíaca	0 %	6.8 %
Otras patologías *	3.5 %	19.9 %

* Patologías que no afectan directamente los tiempos de la nutrición.

Los motivos de ingreso en los dos grupos fueron:

En el grupo con riesgo nutricional las cirugías extradigestivas, las neoplasias y las patologías neurológicas fueron las más sobresalientes. Respecto a las cirugías

**GRUPO SIN RIESGO NUTRICIONAL:
FACTORES NUTRICIONALES ADVERSOS A LA ADMISION**



extradigestivas, cabe aclarar que el mayor número de estas se debieron a trasplantes renales, colocación de prótesis y extirpación de tumores (mama, ovarios, útero, próstata). Estos procedimientos se caracterizan por un hipermetabolismo moderado-severo que induce a una pérdida rápida de peso.

En cuanto a las neoplasias, es conocido el hecho de que todo paciente neoplásico presenta riesgo nutricional aunque no posea tres o más FNA. Generalmente se acepta que la presencia de malnutrición afecta adversamente el curso hospitalario de estos pacientes aumentando la morbimortalidad. El gusto alterado, la anorexia, náuseas y vómitos son consecuencias del tratamiento empeorando, a su vez, la malnutrición.

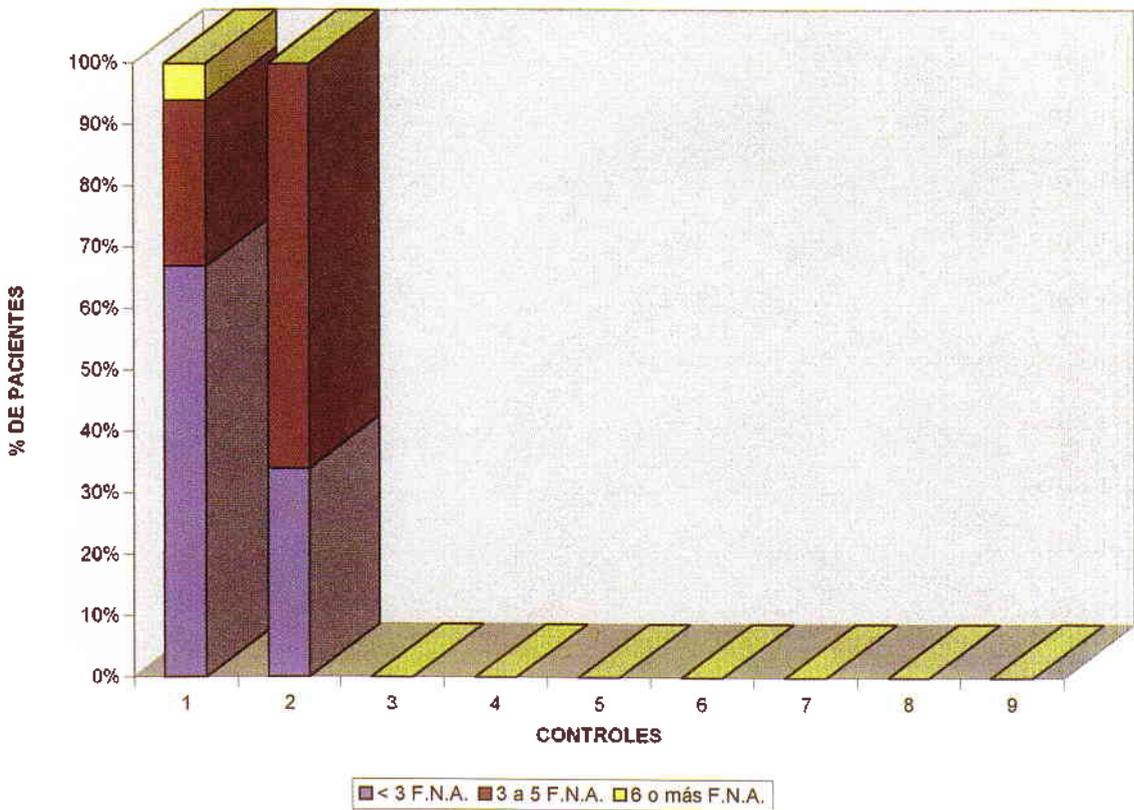
En el grupo sin riesgo nutricional las patologías de ingreso prácticamente no variaron, presen-

tando un estado nutricional normal la mayoría de estos pacientes.

Comparando y analizando el número de FNA del ingreso con el egreso se vió que en el grupo con riesgo nutricional éstos disminuyeron progresivamente durante la internación mientras que los pacientes que ingresaron sin riesgo presentaron mayor número de FNA al egreso.

Al relacionar el **motivo de internación con el número de FNA** se vió que en el grupo con riesgo los FNA aumentaron en pacientes con enfermedades neurológicas, síndromes febriles y enfermedades intestinales ($p < 0.05$) mientras que en el grupo sin riesgo los FNA sólo aumentaron en los pacientes con neoplasias. El aumento del número de FNA durante la internación fue debido a la anorexia y las enfermedades orales causadas, posiblemente, por el

**GRUPO SIN RIESGO NUTRICIONAL:
FACTORES NUTRICIONALES ADVERSOS AL EGRESO**



tratamiento quimioterápico. Este grupo de pacientes también presentó estados febriles que requirió uso de antibióticos que afectan directamente el estado nutricional del paciente.

Los FNA más frecuentes a la admisión y a la vez los más persistentes fueron, además de las patologías crónicas, la antibioticoterapia, el uso de inmunosupresores, cirugías extradigestivas y enfermedades gástricas.

La evolución del peso corporal fue negativa en ambos grupos con diferencias significativas en cuanto al porcentaje de pérdida ya que en el grupo sin riesgo la pérdida fue menor al 5 % mientras que el grupo con riesgo tuvo una disminución de peso mayor al 5 % que se incrementó a partir del tercer control (24 días de internación). ($p < 0.05$)

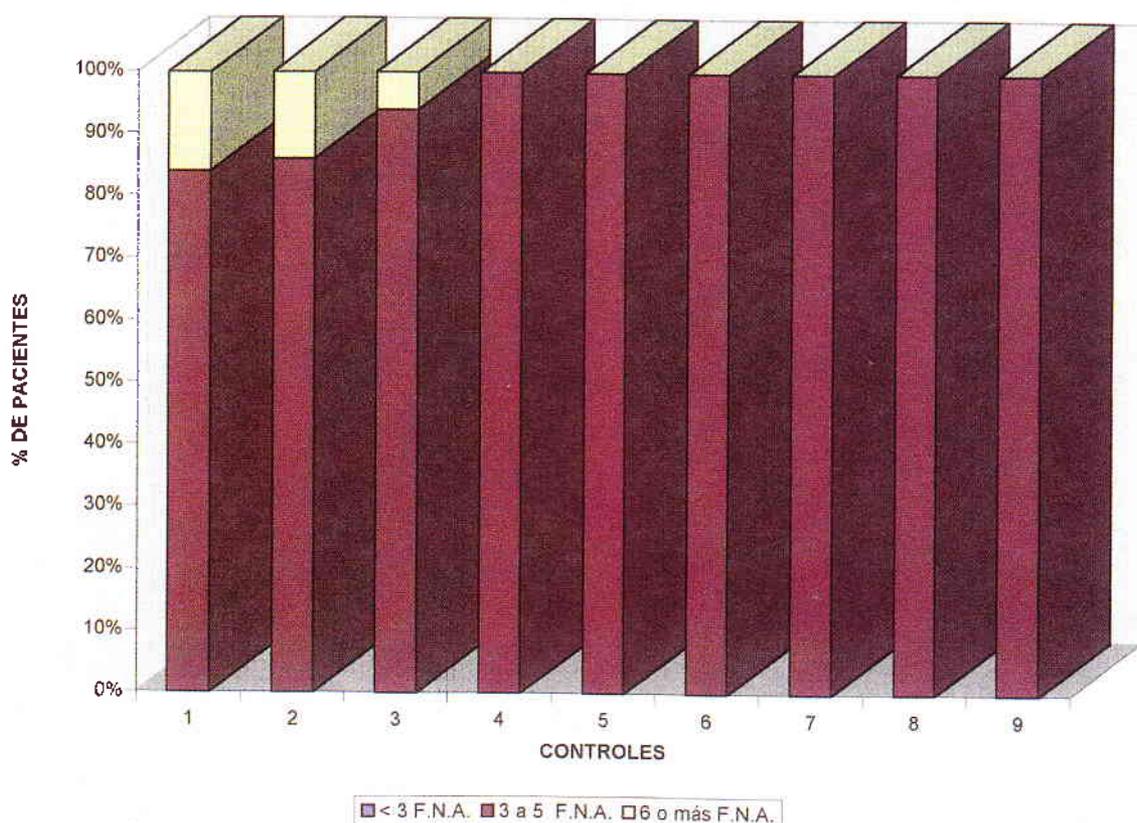
Cabe destacar que en pacientes con riesgo

el peso corporal disminuyó progresivamente a pesar de la disminución del número de FNA aunque esto no implica que los pacientes egresen sin riesgo nutricional. En cambio, en los pacientes sin riesgo el aumento de los FNA se correlacionó positivamente con el deterioro del peso corporal.

COMENTARIOS

Los pacientes internados durante más de tres días que presentan FNA deterioran su estado nutricional independientemente de la patología de base y del estado nutricional previo a la internación. Detectarlos debe ser un paso preliminar a todo tipo de evaluación nutricional compleja ya que permite vislumbrar a aquellos pacientes que requerirán una especial atención en los cuidados nutricionales y/o alimentarios durante la internación.

**GRUPO CON RIESGO NUTRICIONAL:
FACTORES NUTRICIONALES ADVERSOS A LA ADMISION**



La frecuencia de malnutrición tanto por exceso como por déficit es alta y está demostrado que corresponde a una estadía hospitalaria significativamente más prolongada y a una tasa de mortalidad mas elevada (5,6). El estado nutricional previo a la internación influye directamente sobre la evolución de la enfermedad y no existen pacientes en que la depleción sea un objetivo deseado.

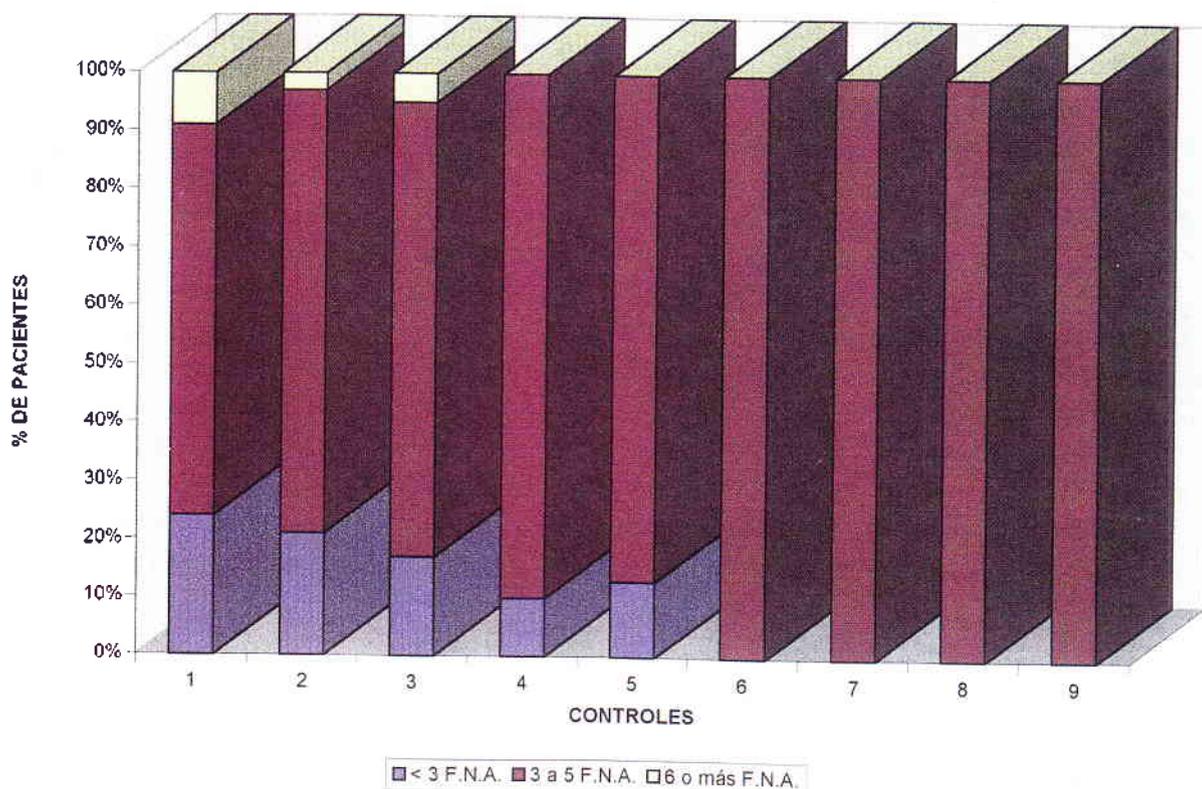
La severidad de la desnutrición se correlaciona positivamente con debilitamiento general, inanición, mala cicatrización de heridas, retraso en la convalecencia, susceptibilidad aumentada a la infección y otras condiciones fisiopatológicas. (11)

El apoyo nutricional se ha transformado en un componente vital del tratamiento de los pacientes hospitalizados y es considerado como uno de los avances más significativos de la medicina en las úl-

timas décadas. Si bien este apoyo puede prevenir o revertir el desarrollo de las deficiencias nutricionales severas que amenazan la vida del paciente, a su vez implican un mayor costo ya que se requiere una mayor permanencia hospitalaria, dedicación de personal capacitado en este tipo de terapéutica para un mejor control, estudios y/o procedimientos quirúrgicos (dependiendo de la elección de la vía de alimentación) y el alto costo que en sí mismo conlleva una alimentación artificial.

Es un axioma en Nutrición que **“es mejor prevenir la desnutrición que tratarla”**, la detección precoz de los FNA es una herramienta válida para lograrlo.

**GRUPO CON RIESGO NUTRICIONAL:
FACTORES NUTRICIONALES ADVERSOS AL EGRESO**



BIBLIOGRAFIA

- 1) Bistran, B.R.; Blackburn, G.L.; Vitale, J.; et al. Prevalence of malnutrition in general medical patients JAMA 1986, 235: 1567-1570.
- 2) Coast, K.H.; Morgan, S.L.; et al. Hospital - associated malnutrition: a reevaluation 12 years later. JAMA 19809, 93:
- 3) Puppi, R.; Brusco, OI. y cols. Nutrición, 1986. Cap. 16: 291-324.
- 4) Braguinsky, J. y cols. Obesidad: patogenia, clinica y tratamiento. 1996. Cap. 2: 15-38.
- 5) Senderey, R. Desnutrición en el adulto. Nutrición y enfermedades metabólicas. 1992.
- 6) Blackburn, G.L.; Bistran, B.R.; Maini, B.S. et al. Manual for nutritional metabolic assessment of the hospitalized patients. Presented at the 62nd Annual Clinical Congress of the American College of Surgeons. Chicago, october 1976: 11-15.
7. Longo, N.; Navarro E. Técnica dietoterápica. 1994. Cap. 2: 14-35.
8. Puppi, R.; Brusco, O, y cols. Nutrición. 1986. Cap. 8: 141-165.
9. Forse, A.; Shizgal, H. The assessment of malnutrition. Surgery. 1980. 88:17.
10. Blackburn, G.L.; Bistran, B.R. Nutritional and metabolic assessment of the hospitalized patients. JPEN. 1977. 1:11.
11. Schiller, W. et al. Creatinine and nitrogen excretion in seriously ill and injured patient. Surg Gyn & Obst. 1979. 149: 561-564.
12. Weinsier Y, et al. Hospital malnutrition: a prospective evaluation of general medical patients during de course of hospitalization, Am. J. Clin. Nut. 1979. 32: 418-426.

SEPARACION DE GEMELAS UNIDAS

Análisis Clínico-Quirúrgico

RESUMEN

Se presentan dos niñas de 30 meses de edad, que fueron diagnosticadas como gemelas unidas y clasificadas como toraco-onfalópogas por examen ecográfico a las 16 semanas de gestación. Nacieron por cesárea a las 34 semanas, necesitaron asistencia respiratoria mecánica, y un tratamiento postural ingenioso para revertir la oligoanuria en una de las gemelas. A una de ellas se le efectuó el cierre quirúrgico de un conducto arterioso a los 15 días de vida. A los 8 meses se colocaron expansores tisulares, y 2 meses más tarde se efectuó la separación. La evolución fue satisfactoria por lo que regresaron al hogar a los 14 días postoperatorios. Los esfuerzos actualmente son dedicados a la recuperación psicomotora. El objetivo de esta presentación es detallar las difíciles circunstancias que se debieron sortear para llegar a la resolución de esta mística anomalía.

Palabras clave: Gemelas unidas, toraco-onfalópogas.

SUMMARY

A 23 year-old mother was diagnosed by prenatal ultrasonography as having thoraco-amphalopagus conjoined twins at gestational age of 16 weeks. Following cesarean section at 34 weeks a pair of female babies was born. They needed mechanical ventilatory assistance and a ingenious positional treatment to correct the oligoanuria because of circulatory crossover in one of the twins. A surgical closure of patent arterial ductus was done in one of the babies when she was 15 days-old. When they

Dr. Víctor H. Defagó ⁽¹⁾, Dr. José María Courel ⁽²⁾,
Dr. José Bas ⁽³⁾, Dr. José M. Silberberg ⁽⁴⁾,
Dr. Roque Córdoba ⁽⁵⁾, Dr. Henry Paladini ⁽⁶⁾, Dr. Juan Carlos Mondino ⁽⁷⁾, Dr. Aldo Mottura ⁽⁸⁾, Dr. Oscar Prociakiewicz ⁽⁹⁾,
Dr. Jaime Pogulanik ⁽¹⁰⁾, Dr. Alberto Palencia ⁽¹¹⁾
y Dr. Luis Nahas ⁽¹²⁾.
Hospital Privado

were 8 month old, placement of four tissue expanders where performed. Two month later a successful surgical separation was done. A common pericardium, two separate hearts, and a union of the liver were found. Prosthetic sheeting was used to close the pericardium and the thoracic-abdominal defects in one child. At 14 postoperative day, babies were send home. Nonaday three years after attention is directed to phycho-physical recovery.

The purpose of this paper is to enfazice the difficulties to solve this mystic anomaly.

INTRODUCCION

El tratamiento quirúrgico de los gemelos unidos, probablemente constituya uno de los mayores dilemas para los cirujanos pediatras. (1)

Estas malformaciones, tienen una incidencia de aproximadamente uno cada 50.000 nacimientos (2,3). Los gemelos toraco-onfalópagos representan el 75 % de tales alteraciones (4). Entre el 60 % y 40 % de los gemelos unidos son nacidos muertos, y un grupo adicional del 35 % sobreviven solamente 1 día (5,6).

El objetivo de esta presentación, es mostrar un detallado análisis del diagnóstico, tratamiento y seguimiento de dos niñas operadas y que por su evolución, constituyen un hecho inédito en nuestro país.

Descripción del caso:

En Diciembre de 1994, nacieron gemelas unidas por el tórax y abdomen. El diagnóstico prenatal se había efectuado a las 16 semanas de gestación por ecografía obstétrica y confirmado por resonancia nuclear magnética 10 semanas más tarde. En esa oportunidad se efectuó parálisis muscular en

1-2 - Cirujanos Pediatras - Hospital Privado.

3 - Médico Adjunto de Pediatría - Hospital Privado.

4 - Jefe de Terapia Intensiva Pediátrica - Hospital Privado.

5 - Jefe de Cirugía Cardiovascular - Hospital Privado.

6 - Cirujano Cardiovascular - Hospital Privado.

7 - Médico Adjunto de Cirugía General - Hospital Privado.

8-9 - Cirujanos Plásticos del Hospital Privado.

10 - Jefe de Anestesiología - Hospital Privado.

11 - Médico Adjunto de Anestesiología.

12 - Cirugía estética.

ambos fetos, administrando pancuronio por vía intramuscular a través de amniocentesis para lograr una mejor definición de la fusión toraco-abdominal.

La madre de 23 años, había tenido un embarazo sin complicaciones. Cuatro semanas antes de término, hubo rotura de membranas y se desencadenó el trabajo de parto prematuro, por lo que se efectuó una operación cesárea. Los diagnósticos fueron: recién nacidas pretérmino, con un peso adecuado para la edad gestacional (4600 grs. para ambas) y pertenecientes a la clasificación de toraco-onfalópagos. En ambos casos, el score de apgar, fue de 3 al primer minuto y 5 a los 3 minutos, por lo que se hizo necesaria la intubación endotraqueal para una resucitación adecuada que continuó con asistencia respiratoria mecánica.

Al ingreso a la unidad de terapia intensiva, se completaron las maniobras de recuperación con canalizaciones en arteria y vena umbilical. La asistencia respiratoria mecánica se indicó por insuficiencia respiratoria aguda y síndrome de dificultad respiratoria en ambas pacientes en quienes se diagnosticó enfermedad de membrana hialina.

MATERIAL Y METODO:

Etapa preoperatoria:

Se realizaron exámenes de laboratorio de rutina, Rx de tórax, ecografía cerebral, torácica y abdominal. El defecto torácico comenzaba en el borde inferior del manubrio esternal y se extendía algo por debajo del ombligo. Según la ecocardiografía, las cavidades cardíacas eran normales e independientes, con una bolsa pericárdica común, y conducto arterioso permeable en ambos casos. Los hígados se mantenían unidos en la línea media, pero las vías biliares eran independientes. La característica anatómica de cada riñón era normal por ecografía, pero precozmente la gemela (C) presentó insuficiencia renal aguda con oligoanuria durante 15 días, que fue compensada por la gemela (A) que se comportó como poliúrica y ejerció una función de diálisis. Ante este cuadro con elevación de urea, creati-

nina y pruebas de la función renal alteradas, se colocó a la gemela A en un plano inclinado de 45° y elevado con respecto a la gemela C, para tratar de revertir la circulación cruzada, lo que coincidió con el comienzo de la diuresis en esta última gemela.

Para confirmar la presencia de circulación cruzada, se efectuó un centellograma renal administrando el radiosótomo a la gemela C, observándose captación renal del medio de contraste en forma inicial por la gemela A para luego visualizar el riñón de la gemela a quién se le administró el medio de contraste, quien se hallaba en fallo renal. También se administró aminofilina a dosis terapéuticas a la gemela C, realizando un dosaje simultáneo en ambas niñas 12 horas después, presentando en ambos casos, niveles séricos similares.

Se efectuó tratamiento con indometacina para intentar el cierre farmacológico del conducto arterioso. En la gemela (A) se observaron síntomas de insuficiencia cardíaca, edema pulmonar y derrame pericárdico confirmado por ecocardiografía por lo que se indicó el cierre quirúrgico del mismo a los 15 días de vida. La dificultad respiratoria obligó a mantener ventilación asistida durante 26 días. Se efectuó tratamiento de displasia broncopulmonar con dexametasona y furosemida. La dependencia de oxígeno se prolongó por 45 días. La gemela (C) permaneció con asistencia respiratoria mecánica por 31 días.

Se comenzó con alimentación parenteral, pero luego de comprobar la permeabilidad del tubo gastrointestinal, se alimentó por sonda nasogástrica hasta completar el volumen suficiente a los 30 días de vida. La gemela A había presentado un cuadro de obstrucción intestinal transitorio a causa de un tapón meconial que se revirtió luego de un tránsito gastrointestinal con material yodado.



Gemelas unidas a los 8 meses de vida.

La TAC y resonancia magnética demostraron la falta de separación del hígado en la línea media, y la centellografía hepática confirmó la presencia de vías biliares independientes. A los 65 días de vida, fueron dadas de alta transitoriamente. A los 8 meses de edad, reingresaron para colocación de expansores tisulares. Peso 12.300 grs. Se aplicaron dos expansores a nivel de pared anterolateral del tórax en cada niña, los que se insuflaron entre 170 y 300 cc de solución fisiológica en un plazo de 45 días.

Corrección quirúrgica:

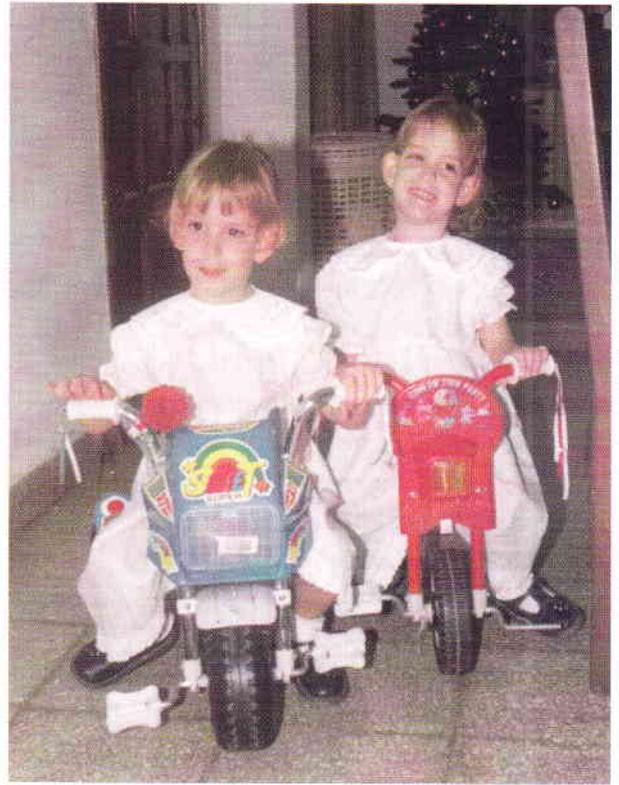
El día 24 de octubre de 1994 se efectuó la separación cuando las niñas tenían 10 meses de edad. Previo baño con iodopovidona, las pacientes ingresaron a sala de operaciones donde se completaron los accesos venosos y arteriales en ambas niñas. Los dos expansores tisulares posteriores, se evacuaron en un 70 %, y los anteriores en un 100 %. Se realizó el campo quirúrgico alrededor del tronco de ambas niñas, las que fueron colocadas en decúbito lateral sobre compresa estéril.



Mostrando la línea de unión desde el esternón hasta el único ombligo y los expansores tisulares.

Se realizó la incisión sobre la línea esternoumbilical, haciendo primeramente la exploración torácica. Luego de la apertura pericárdica, se efectuó la sección diafragmática hasta el borde contralateral para permitir una amplia visualización de la glándula hepática. La sección hepática se efectuó mediante disección ultrasónica a nivel de la línea de reflexión peritoneal, previa compresión de un pedículo vascular. Ambas superficies cruentas fueron cubiertas por adhesivo hemostático fisiológico (fibrina). Posteriormente a la transección hepática, se comprobó la independencia de ambos tubos digestivos.

Se completó la sección de la pared común posterior, se extrajeron los expansores tisulares, y se rotaron levemente ambas pacientes, para permitir el cierre pericárdico en la gemela (C). En la gemela (A) fue necesario un parche de goretex para completar la envoltura pericárdica, luego de lo cual, se



Araceli Yanet y Cecilia Victoria a los 3 años de edad.

practicó un cierre provisorio de la herida para traspaso a otra mesa quirúrgica.

En gemela (A) se reconstruyó el defecto abdominal, diafragmático y torácico con una malla de prolene, que fue cubierta con piel en toda su extensión. En la gemela (C), el cierre de la pared abdominal se efectuó en dos planos con tejidos propios, y la malla de prolene se utilizó sólo para el defecto torácico y diafragmático. Se fijaron drenajes alojados en el mediastino y en ambos lechos de los expansores.

Post operatorio:

Las niñas permanecieron con asistencia respiratoria mecánica y nutrición parenteral total durante 4 días. Los drenajes se retiraron entre el 5º y 7º día. Rápidamente comenzaron a realimentarse por succión, y al completarse el esquema antibiótico a los 14 días, se decidió el alta hospitalaria. A partir de ese momento las niñas evolucionaron favorablemente, no requiriendo nuevas internaciones. Luego de la separación, el desarrollo pondo estatural fue

bueno, presentando un retardo psicomotor leve, que mejoró con la asistencia de un equipo de rehabilitación que aún continúa su trabajo. Tanto los potenciales evocados auditivos y visuales muestran audición y visión normales.

DISCUSION:

La etiología de los gemelos unidos es desconocida, pero el fenómeno ocurre entre el 13º y 15º día posterior a la fertilización con división incompleta del cigoto (7). Llamativamente la mayoría de los toraco-onfalópagos, son de sexo femenino, tal como el caso aquí presentado. Se ha visto, que a pesar de tener una constitución genética idéntica, pueden tener diferente desarrollo psicofísico, por lo que un hallazgo en una, no necesariamente debe repetirse en la otra (8, 9).

El diagnóstico prenatal, sobretodo cuando se efectúa precozmente como en este caso, es de fundamental importancia para preveer situaciones de riesgo vinculadas al parto. Este diagnóstico precoz, hizo aumentar las indicaciones de cesáreas, y la mortalidad al nacer, bajó del 60 al 40 % (2,7). Hay publicaciones que relatan casos exitosos logrados con partos vaginales (10), pero creemos que cuando se diagnostican gemelos unidos, la cesárea tiene una indicación precisa.

Las malformaciones asociadas son frecuentes, especialmente a nivel gastrointestinal (33 %) y cardíaco (25 %) (2,11). Afortunadamente, en el aparato cardiovascular, el defecto solamente consistió en un pericardio común. De todos modos, a los 15 días de vida, una de las gemelas debió ser sometida a ligadura del conducto arterioso, hecho que creemos no reviste antecedentes en la literatura médica hasta la actualidad.

El volumen de entrecruzamiento del flujo sanguíneo es difícil de cuantificar con exactitud, y además se ha visto que la dirección de la circulación cruzada puede cambiar en pocos minutos (12, 13). Se pudo observar como el flujo sanguíneo variaba de acuerdo con la posición de las pacientes, y una evidencia clara fue el fenómeno de diálisis que una

gemela ejerció sobre la otra revirtiendo la oligoanuria luego de 15 días. Este mecanismo se ha publicado anteriormente (8), pero de todos modos existe una independencia demostrada en las cuatro oportunidades en que debieron ser anestesiadas. Aquí la administración de drogas se efectuó manteniendo la individualidad de cada paciente, y no se advirtieron efectos de suma o deficiencia en forma aguda tal como fuera expuesto en otras publicaciones (14, 15).

La sección de tejidos con ultrasonido (Cussa) se ha utilizado anteriormente para la división de la glándula hepática (16). Esto facilitó la disección y ligaduras vasculares, que sumadas a la aplicación de fibrina sobre las superficies cruentas, evitaron toda pérdida sanguínea.

A pesar de existir antecedentes exitosos con el cierre primario del defecto, la utilización de material protésico demostró estar ligado a complicaciones (8). En 1986, Zucker ya había utilizado expansores intraabdominales y subcutáneos para la separación de gemelos unidos (16). A partir de ese momento se sucedieron una serie de éxitos con la aplicación de los expansores tisulares subcutáneos (17, 18, 19), y esto nos orientó hacia la utilización de dos de ellos en cada niña. La superficie de piel expandida fue la suficiente para cubrir el defecto en las dos niñas. Al extraerlos durante la separación, se observó una pseudocápsula de tejido fibroso con una depresión leve sobre la parrilla costal. Es probable, que durante el período en que los expansores ejercen una presión sobre la piel, esta también se ejerza sobre la caja torácica, como puede ocurrir con los tumores de partes blandas a esta edad. Sería conveniente entonces que el período de expansión, sobretodo cuando alcanza grandes volúmenes, se realice en el lapso mas corto que permita el paciente.

Un equipo multidisciplinario compuesto por médicos, psicólogos, psicomotricistas y fonoaudiólogos continúa su trabajo para lograr una recuperación psicomotora que hasta el momento es favorable.

BIBLIOGRAFIA

1. Cywes S.: Challenges and Dilemmas for a Pediatric Surgeon. *J Ped Surg* 29:957-965, 1994.
2. Harper RJ, Kenigsberg K, Sia CG et al: Xiphopagus conjoined twins: A 300-year review of the obstetric, morphopathologic, neonatal, and surgical parameters. *Am J Obstet Gynecol* 137:617-629, 1980.
3. Potter EL, Craig JM: Pathology of the Fetus and the Infants, Chicago, 1975, Year Book Medical Publishers Inc., pp. 220-236.
4. Hanson JW: Incidence of conjoined twinning. *Lancet* 2:1257, 1975.
5. Spencer R: Conjoined twins: theoretical embryologic basis. *Teratology* 45:591, 1992.
6. Edmonds LD, Layde PM: Conjoined twins in the United State. *Teratology* 25:301-308, 1982.
7. Votteler TP: Conjoined Twins, in Welch KJ, Randolph JG, Ravitch MM, et al (eds): *Pediatric Surgery*, Vol 2, Chicago IL, Year Book Medical Publishers pp 771-779, 1986.
8. Boles ET, Vassy LE: Thoraco-omphalopagus conjoined twins: Successful surgical separation. *Surgery* 86: 485-492, 1979.
9. Spitz L, Capps SNJ, Kiely EM: Xiphoomphaloischiopagus Tripus Conjoined Twins: Successful Separation Following Abdominal Wall Expansion. *J Ped Surg* 26:26-29, 1991.
10. Walton JM, Gillis DA, Giacomantonio JM et al: Emergency Separation of Conjoined Twins. *J Ped Surg* 26:1337-1340, 1991.
11. Gerlis LM, Seo JW, Ho SY, et al: Morphology of the Cardiovascular System in Conjoined Twins: spatial and sequential segmental arrangements in 36 cases. *Teratology* 47:91-108, 1993.
- 12 - Furman EB, Roman DG, Hairabet J, et al: Management of anesthesia for surgical separation of newborn conjoined twins. *Anesthesiology* 34: 95-101, 1971.
- 13 - Bloch ED, Karis JH: Cardiopagus in neonatal thoracopagus twins. Anesthetic management. *Anesth Analg* 59:304-307, 1980.
- 14 - Toyoshima M, Fujihara T, Hiroki K, et al: Evaluation of cross circulation in conjoined twins. *Masui* 42: 1347-1350, 1993.
- 15 - Hoshina H, Tanaka O, Obara H, et al: Thoracophagus Conjoined Twins: Management of Anesthetic Induction and Postoperative Chest Wall Defect. *Anesthesiology* 66:424-426, 1987.
- 16 - Zuker RM, Filler RM, Lalla R: Intra-abdominal tissue expansion: An adjunct in the separation of conjoined twins. *J Pediatr Surg* 21:1198-1200, 1986.
- 17 - González Llanos R: Siameses. *Perfil Médico* 5:1-36, 1993.
- 18 - Spitz L, Stringer EM, Kiely PG, et al: Separation of Brachio Omphalo - Ischiopagus Bipus Conjoined Twins. *J Ped Surg* 29:477-481, 1994.
- 19 - Elias DL, Baird WL, Zubowicz VN: Applications and Complications of Tissue Expansion in Pediatric Patients. *J Ped Surg* 26:15-21.

*No hay palabra ni pincel que llegue a manifestar
el amor ni el dolor de los padres.*

*Mateo Aleman
Novelista español*

TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL ENFISEMA PULMONAR CIRUGIA DE REDUCCION DE VOLUMEN (Lung volume reduction surgery (LVRS)) MESA REDONDA A PROPOSITO DE UN CASO *

RESUMEN

Se presenta un caso típico de enfisema difuso con indicación de reducción de volumen pulmonar y su evolución postquirúrgica. Se discuten los elementos fisiopatológicos de la enfermedad, las razones de la mejoría subjetiva, los cambios en diversos parámetros de la función pulmonar y los aspectos generales de la técnica quirúrgica.

Palabras clave: Enfisema - Cirugía del enfisema.

SUMMARY

A typical case of diffuse emphysema with indication of lung volume reduction surgery is presented, followed by postsurgical evaluation.

Main physiopathological characteristics of the disease are discussed, along with probable mechanisms of subjective improvement, changes in lung function tests and general aspects of surgical technic.

Key words: Emphysema - Surgery for emphysema.

(1) Jefe del servicio de neumonología - Hospital Privado.

(2) Médico del servicio de neumonología - Hospital Privado.

(3) Lic. a cargo del laboratorio de función pulmonar - Hospital Privado.

(4) Jefe de cirugía de tórax - Hospital Privado.

* Después de esta mesa redonda realizada el 30-05-97, se han operado 9 enfermos más, con muy buena evolución hasta el presente.

Coordinadora: Dra. Ana María López ⁽¹⁾

Presentación del caso: Dr. Juan Pablo Casas ⁽²⁾

Indicaciones y selección: Dra. Ana María López ⁽¹⁾

Valoración funcional: Lic. Horacio Abbona ⁽³⁾

Técnica quirúrgica: Dr. Ricardo Navarro ⁽⁴⁾

Departamento de Medicina Interna. Hospital Privado

PRESENTACION DEL CASO

Paciente de 36 años, masculino. Derivado del interior de Córdoba para evaluación de trasplante pulmonar.

- Ex tabaquista de 20 cigarrillos / día por 20 años, hace 2 años que no fuma.

Diagnóstico de EPOC hacía un año, bajo tratamiento crónico con prednisona 20 mg/día, teofilina 400 mg/día, salbutamol y bromuro de ipratropio aerosolizados.

- Refiere disnea progresiva desde hace 3 años, en los últimos 3 meses grado III-IV, acompañado de asntenia y mialgias.No tosedor crónico. Jubilado por invalidez hace 1 año BMI:21.9.

- Se realizan estudios: A1 -antitripsina: 334 mg/dl (VN: 200 a 400 mg/dl).

Pruebas funcionales respiratorias compatibles con obstrucción severa de la vía aérea con marcado atrapamiento aéreo. TAC de tórax de alta resolución (HRCT): muestra enfisema difuso a predominio basal. Astrup: pH 7.41, PCO2 36 mmHg, PO2 70 mmHg (resp. aire). Centellograma pulmonar diferencial de perfusión: pulmón der. 70 %, pulmón izq. 30 %.

El 4/7/96 se realiza LVRS izquierda, siendo dado de alta sin complicaciones al 6to. día del post-operatorio. En control del 23/7 presenta mejoría funcional y clínica (no tiene disnea a mínimos esfuerzos, se baña sin disnea, no se nebuliza de noche, más animado).

El 19/9/96 se realiza LVRS derecha, siendo dado de alta al 9no. día del postoperatorio sin complicaciones. Control el 3/2/97 con mejoría clínica (camina

20 a 30 cuerdas/día, anda en bicicleta, prácticamente no usa aerosoles) y funcional, valorada por la escala de disnea del Medical Research Council, pasando de 4 (demasiada disnea como para salir de su casa, disnea al vestirse y desvestirse) a 0 (no disnea o solo con ejercicio extremo); y por el índice de disnea de Mahler pasando de una escala basal de 1: severo deterioro funcional (con incapacidad laboral y abandono de actividades usuales por disnea) a un índice de cambio de +3: mayor mejoría (capaz de retornar al trabajo a antinguo ritmo y reasumir todas sus actividades con solo un leve descanso).

tado todas las alternativas médicas disponibles. Surge del concepto del Dr. Otto Brantigan * en 1950, de que el objetivo no es la resección del pulmón enfermo sino que el sano o menos enfermo remanente, recupere o mejore su función.

Entre los numerosos factores que han hecho realidad la LVRS constan:

1. La alta incidencia del enfisema y la incapacidad funcional que produce a pesar del tratamiento médico adecuado.

2. Las limitaciones del trasplante pulmonar.

3. Las observaciones de los cambios estructurales en el tórax y diafragma de pacientes tras-

plantados.

4. La experiencia adquirida con el trasplante pulmonar con mejoría de las técnicas anestésicas, quirúrgicas y manejo pre y postoperatorio.

La LVRS puede ser indicada como alternativa previa al trasplante o cuando el trasplante no es factible por rechazo del paciente, edad avanzada, enfermedad coexistente, etc.

En el primer caso se trata de pacien-

tes jóvenes, porque ofrece una mejoría más rápida, con menor morbilidad y no compromete técnicamente la posterior realización del trasplante.

Controversias: han ido evolucionando e involucran múltiples aspectos como los criterios de selección, edad, técnicas quirúrgicas y consideraciones éticas.

Este procedimiento es paliativo, no es acce-

Tabla 1 - Preoperatorio

	Preop. 29/5	1 postop. (1 m)	2 postop. (2 m)
CVF	1.85 (40 %)	2.75 (59 %)	3.15 (68 %)
VEF1	0.90 (25 %)	1.45 (40 %)	2.20 (60 %)
VEF1/CVF	65	53	70
CPT	6.50 (107 %)	5.98 (98 %)	5.43 (89 %)
VR	5.23 (366 %)	3.33 (233 %)	2.39 (167 %)
Raw		2.79	1.57
Test caminata 6'	449.5 mts.	573 mts.	620 mts.
Sa O ₂ Hb basal-post	97 - 95 %	95 - 93 %	96 - 94 %
Escala de disnea	4		0
Índice de disnea	1		+ 3

CVF: Capacidad vital forzada

CPT: Capacidad pulmonar total

Raw: Resistencia de la vía aérea

VEF1: Volumen espiratorio forzado al 1 segundo

VR: Volumen residual

CIRUGIA DE REDUCCION VOLUMETRICA PULMONAR (LVRS)

En los últimos 3 1/2 años la LVRS ha surgido como una opción terapéutica en un grupo seleccionado de pacientes con enfisema en estado terminal para aliviar la disnea y mejorar la calidad de vida. Es paliativo y solo válida cuando se han ago-

* Brantigan, OC., Kress, MB. and Mueller, EA.: Surgical approach to pulmonary emphysema. Dis. Chest. 39:485,1961.

sible a todos los pacientes, no está aún reglamentado por las obras sociales, la mortalidad puede llegar al 5 % y la duración de los resultados es incierta. Uno de los problemas éticos a resolver es si la mejoría justifica el riesgo, que debe ser el menor posible, sin olvidar que cuando se han agotado todas las alternativas médicas, la mejoría en la calidad de vida puede ser tanto o más importante que la prolongación de la vida.

LVRS: Programa: involucra un equipo multidisciplinario integrado por el cirujano de tórax, neumonólogos, anestesiistas, terapeutas, fisioterapeutas, radiólogos y personal de enfermería entrenados.

FISIOPATOGENIA DEL ENFISEMA

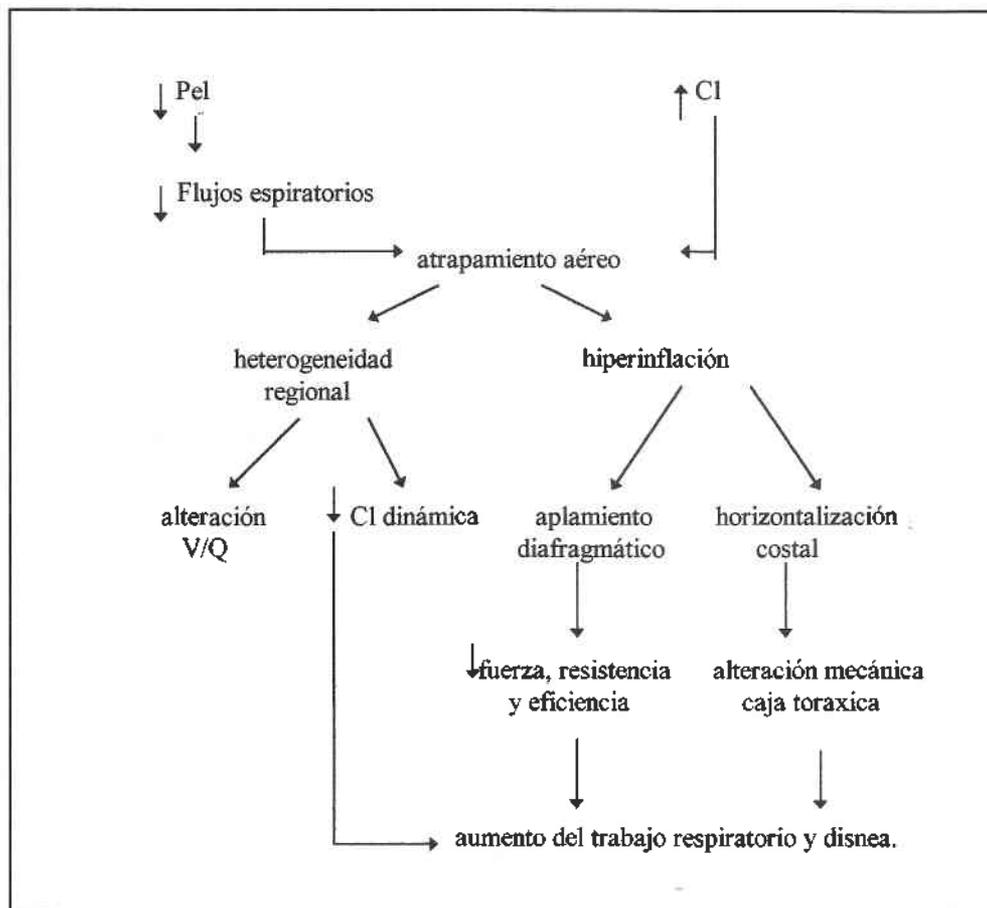
Hay obstrucción de la vía aérea, heterogeneidad y atrapamiento aéreo. Las alteraciones del parenquima pulmonar producen disminución de la presión elástica pulmonar (Pel) lo que disminuye el flujo espiratorio.

La obstrucción bronquial y el aumento de la distensibilidad o complacencia pulmonar (CI) producen atrapamiento aéreo e hiperinflación, de distribución heterogénea. Las áreas de enfisema ocupan volumen y afectan adversamente la mecánica del pulmón más normal que la rodea; con funcionamiento regional asincrónico y disminución de la CI a medida que aumenta la frecuencia respiratoria (disminución de la CI dinámica), aumento del trabajo respiratorio y disnea.

Las áreas más afectadas ventilan más lentamente,

con distribución variable de la perfusión, produciendo admisión venosa y/o espacio muerto.

La hiperinflación, si bien incrementa la Pel y disminuye la resistencia de la vía aérea, produce efectos adversos como aplanamiento diafragmático y horizontalización costal. Esta última modifica la presión elástica de la pared del tórax, está aumentada y ofrece resistencia a los músculos inspiratorios. El aplanamiento del diafragma acorta sus fibras por lo que genera menos fuerza, dismi-



nuye el área de aposición costal con aumento del radio de curvatura, produciendo reducción de la eficiencia y resistencia diafragmática.

LVRS: Repercusión funcional

La LVRS mejora la función respiratoria al aumentar la Pel del parenquima pulmonar y por los cambios estructurales que producen en el tórax.

La remoción del parenquima enfisematoso permite que las "áreas normales" ocupen el espacio vacante con:

1. Aumento de la Pel y por lo tanto de los flujos espiratorios.
2. Disminución de la heterogeneidad regional con reducción del trabajo respiratorio y mejoría del intercambio gaseoso.
3. Reducción del grado de hiperinsuflación con mejoría de la mecánica de la caja torácica y diafragmática (aumento de la curvatura y excursión del diafragma).

Criterios clínicos de selección: ellos son: diagnóstico de enfisema, disnea y actividad restringida a pesar del tratamiento médico óptimo, edad menor de 75 años, aceptable estado nutricional, rehabilitación potencial, no enfermedades coexistentes, abstinencia tabáquica y capacidad de aceptar el riesgo de la morbilidad asociada a la LVRS.

Los criterios de selección son críticos para el éxito de la LVRS; no obstante la mayoría de los pacientes con enfisema no son candidatos ni a trasplante ni a LVRS.

Contraindicaciones: se consideran contraindicaciones relativas cuando la PaCO₂ es mayor de 55 mmHg, y la presión arterial pulmonar media mayor de 35 mmHg porque indican enfermedad más avanzada.

Otras contraindicaciones son: cirugía torácica previa o pleurodesis, deformidad torácica severa, asma o síntomas de bronquitis, enfermedades asociadas, incapacidad de rehabilitación, edad ma-

yor de 80 años, enfermedad homogénea y tratamiento con altas dosis de prednisona.

Valoración -pre-operatoria: incluye:

- Historia clínica y examen físico.
- Test funcionales - Gases arteriales - Test de caminata de 6 minutos.
- Rx de tórax frente y perfil en inspiración y espiración.
- TAC de tórax de alta resolución (HRCT).
- Centellograma de ventilación - perfusión.
- Cuestionarios de calidad de vida e índice de disnea.

Radiología del enfisema y LVRS

Las imágenes contribuyen al desarrollo de criterios para la selección adecuada de los pacientes para LVRS; y estos son:

1. Heterogeneidad.
2. Compresión del parenquima pulmonar.
3. Hiperinflación (la Rx. lateral de tórax permite valorar los cambios estructurales del diafragma y pared torácica).
4. Presencia de pulmón normal o con enfermedad leve.

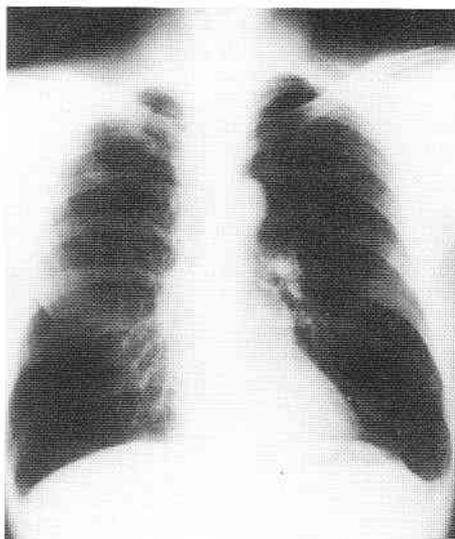


Fig. 1 - ARx frente preoperatoria. Extenso enfisema bilateral difuso, con atrapamiento aéreo y aplanamiento diafragmático que borra los ángulos costofrénicos.

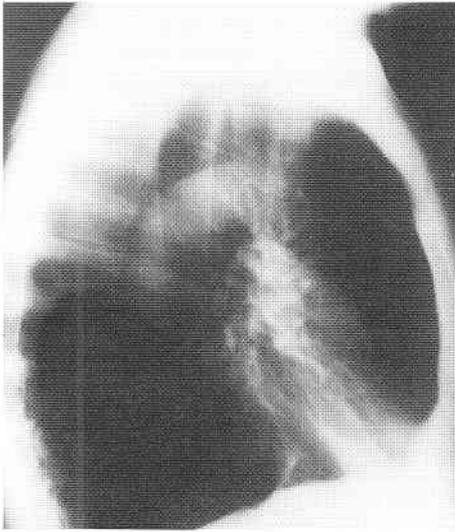


Fig. 1 - B
Rx lateral
preoperatoria.

Marcado
incremento
del espacio
claro re-
troesternal
con aplana-
miento dia-
fragmático.

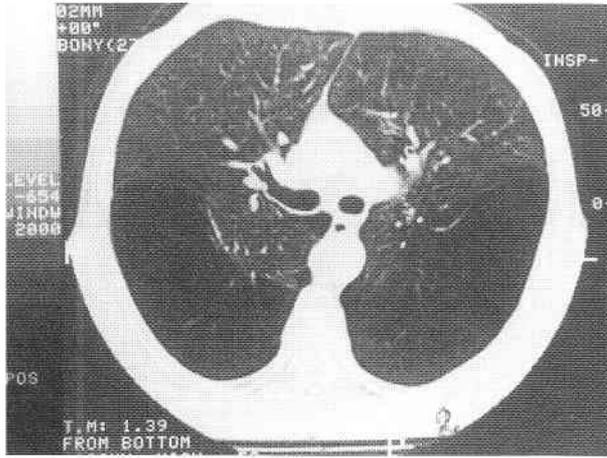


Fig. 2 Tomografía de tórax de alta resolución. Corte a la altura de la carina que muestra extenso enfisema bilateral en campos posteriores contrastando con el parénquima conservado de regiones anteriores.

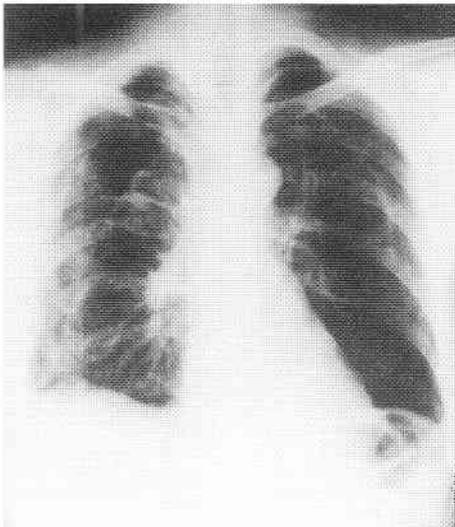


Fig. 3
Rx postope-
ratoria con
reducción del
volumen pul-
monar bilate-
ral, recupera-
ción de la cur-
vatura dia-
fragmática
y de la ima-
gen de la tra-
ma pulmonar.
Se observan
además los
trazos de la
sutura mecá-
nica parale-
los a la pared
costal.

Se considera alto grado de heterogeneidad cuando hay "áreas blancas" de severo enfisema entre áreas de pulmón normal o con enfermedad leve, que al ser resecaadas permiten que el pulmón menos comprometido recupere su función.

Predictores de buen pronóstico

El candidato ideal es un paciente menor de 70 años, con un flujo espiratorio forzado del 1er. segundo mayor del 30 %, con limitaciones en la vida diaria a pesar del tratamiento óptimo, con enfisema de los lóbulos superiores, heterogeneidad, marcada hiperinflación y compresión pulmonar.

LVRS y función pulmonar

La cirugía de reducción de volumen está indicada en aquellos pacientes con enfisema que presentan disnea severa con marcada limitación al esfuerzo y las actividades de la vida diaria. Los individuos potencialmente beneficiados con este procedimiento son entonces quienes padecen de enfisema heterogéneo con marcada hiperinflación.

Las características funcionales de estos pacientes se pueden resumir en:

- * Aumento de la compliance pulmonar
- * Marcada hiperinflación pulmonar
- * Colpaso dinámico espiratorio de las vías aéreas
- * Alteración de la mecánica respiratoria
- * Desventaja mecánica de los músculos respiratorios con aplanamiento del diafragma.

Estas características funcionales conducen a:

- * Limitación al ejercicio
- * Disnea invalidante

El perfil funcional del candidato a LVRS suele ser el siguiente:

- * Limitación severa del flujo espiratorio VEF-1 10 a 35 % del teórico
- * Hiperinflación pulmonar (pletismográfica)

Cap. Pulmonar Total > 125 %

Volumen residual > 250 %

* Alteración en la capacidad de difusión < 50 %

* PaCO₂ < 55 mmHg

Los valores medios de los estudios de función pulmonar de nuestro grupo de pacientes previo a la cirugía de reducción de volumen fueron:

VEF-1	CPT	VR	PACO ₂	6 min walk test
32 %	112 %	285 %	33.6	403 M
Posterior a la cirugía los valores fueron:				
VEF-1	CPT	VR	PaCO ₂	6 min walk test
61 %	87 %	133 %	38	507 M

De las cifras obtenidas se desprende que los pacientes evidenciaron una franca mejoría en los valores de función pulmonar con aumento en la tolerancia al ejercicio evidenciado en el aumento de la distancia caminada en el test de 6 minutos. Por otra parte se observó también una mejoría substancial en los índices de disnea.

Causas de la mejoría en la disnea y aumento de la tolerancia al esfuerzo.

* Resección de parenquima no funcional, no comunicado

* Reclutamiento de áreas de parenquima pulmonar en mejor situación funcional a través de la reexpansión de parenquima comprometido.

* Aumento del coeficiente de retracción elástica que mejora el calibre de la vía aérea y con ello los flujos espiratorios. (Ver figura 1).

* Reposicionamiento toraco-diafragmático.

* Aumento de la presión inspiratoria máxima ocasionada por una mejor relación longitud/tensión de los músculos respiratorios y un aumento en la superficie de aposición costodiafragmática.

* Reducción de la carga elástica respiratoria por la disminución en la hiperinflación

* Reposicionamiento del VT en una zona de la curva volumen/presión mas favorable (reducción del trabajo respiratorio).

* Menor activación neural para un esfuerzo ventilatorio determinado (reducción de la sensación de disnea).

Una frase que quizás sintetice la esencia paradójal del problema es la expresada por el canadiense Magdy Younes: "Aunque el defecto primario es por naturaleza resistivo y en espiración, las consecuencias mecánicas se encuentran en la inspiración y son principalmente restrictivas"

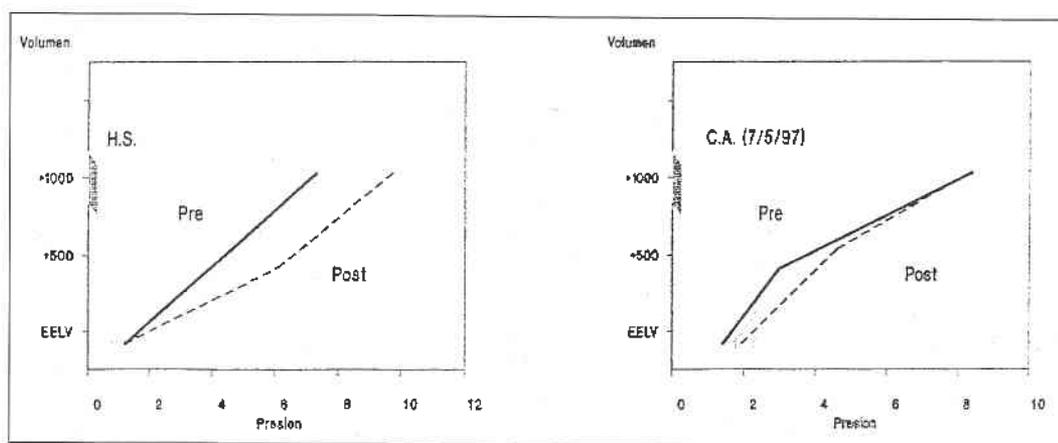


Fig. 4
Cambio en la compliance pulmonar medida en el periodo post quirúrgico inmediato mediante insuflación de 2 volúmenes de aire conocidos con registro simultáneo de presión.

REDUCCION DE VOLUMEN PULMONAR

ASPECTOS QUIRURGICOS

La historia de la cirugía del enfisema es un largo capítulo de la cirugía torácica. Aunque cambiantes, los distintos criterios y técnicas que se han usado han correspondido al concepto fisiopatológico que en ese momento se tenía de la enfermedad.

A principio de siglo se pensaba que el problema era la pared torácica que restringía la expansión de los pulmones aumentados de volumen. Se practicó entonces la costo-condrectomía con la intención de restaurar la elasticidad de esa pared.

Cuando se pensó que el problema era el diafragma descendido, se recurrió al neumoperitoneo que mejoraba la posición o a cinturones compresivos abdominales que restauraban la posición y curvatura del diafragma.

La idea fisiopatológica de la disminución de la perfusión pulmonar por la reducción en la microvasculatura se intentó solucionar con la pleurectomía parietal que adicionaba circulación sistémica al pulmón.

Cuando la alteración central fue adjudicada al broncoespasmo, se efectuó la denervación bronquial para obtener broncodilatación. Relacionado a ello y más recientemente se intentó solucionar el colapso traqueobronquial mediante estabilización quirúrgica de la pars membranosa a fin de incrementar los flujos espiratorios.

La observación de que las formaciones bullosas comprimían áreas funcionantes de parénquima fue solucionada hasta la actualidad mediante la resección de las bullas, mediante su plicatura o más raramente mediante el drenaje de las mismas (procedimiento de Monaldi) que permitía la reexpansión del parénquima comprimido sin recurrir a la toracotomía.

La cirugía propuesta por Brantigan a fines de la década del 50 se aplicaba más específicamente al enfisema difuso, no al bulloso, y con ella se reconocía como elemento importante en la fisiopato-

logía al colapso bronquial asociado a volúmenes pulmonares anormalmente elevados. Los resultados de todas maneras no fueron alentadores. Aunque la idea fue quizá demasiado innovadora, la morbimortalidad del procedimiento era realmente prohibitiva. Debe identificarse como elemento central en casi todas las técnicas quirúrgicas utilizadas en el tratamiento del enfisema a la disminución de la presión en un hemitórax y de la compresión que ella provoca en el parénquima adyacente.

En la cirugía del enfisema con bulla (enfisema bulloso) se observa fácilmente el efecto de descompresión y cese del colapso del parénquima adyacente. En el caso del enfisema difuso no existe la verdadera compresión y colapso del parénquima sino que la reducción de volumen del pulmón a expensas de áreas más afectadas, determinada que otras áreas menos enfermas se ventilen mejor y disminuya en ellas el colapso de la pequeña vía aérea causado por volúmenes anormalmente aumentados. Se restaura así la tracción elástica radial sobre la pequeña vía aérea, aumentan los flujos y volúmenes espiratorios y ello alivia la disnea.

El progresivo aumento en el número de trasplantes pulmonares efectuados desde 1982 hasta la fecha se debe principalmente a los efectuados a pacientes afectados de enfisema en estadio terminal que comprenden aproximadamente el 50 % de los trasplantados.

La cantidad de pacientes en lista de espera aumentó en forma significativa ante la escasez de donantes y la cirugía de reducción de volumen pulmonar surgió como una alternativa terapéutica.

Esta relación con el trasplante plantea la necesidad de determinar qué enfermo tiene indicación de reducción de volumen y cual debe recibir trasplante.

No es una decisión simple pero en general requieren de trasplante pulmonar los pacientes con enfermedad de mayor severidad y aquellos en que el enfisema está homogéneamente distribuido sin dejar áreas menos afectadas. Pacientes muy sintomáticos pero con lesiones menos importantes, aquellos

con distribución heterogénea del enfisema y pacientes con edad prohibitiva para trasplante, son susceptibles de reducción de volumen.

Desde el punto de vista de la técnica no existe aun opinión unánime sobre cual es la mas adecuada. En el caso del enfisema bulloso se han usado numerosas variantes pero la mas difundida consiste en la apertura de la formación bullosa (que normalmente protruye al exterior al abrir el tórax), sutura de las comunicaciones bronquiales principales y resección de la pared fibrosa.

La reducción de volumen, aunque puede realizarse mediante cirugía videoasistida sin la apertura completa del tórax, la forma mas difundida es la que utiliza como abordaje la esternotomía mediana tratando ambos pulmones en un solo procedimiento. Existe además acuerdo en que ciertos casos como la afectación principal de los lóbulos inferiores debe ser tratada en dos tiempos mediante abordaje posterolateral.

Los sectores de pulmón mas afectado por el enfisema se resecan en forma de bandas de parenquima que se separan del resto utilizando instrumentos de sutura mecánica. Para dar hermeticidad a la sutura y evitar el desgarro del tejido se adiciona esa sutura con dos láminas de pericardio bovino que confieren mayor resistencia.

En casos excepcionales, con destrucciones casi completas de un lóbulo, la reducción de volumen se realiza mediante una lobectomía convencional.

Aunque estos pacientes estan expuestos a sufrir cualquiera de las complicaciones de la cirugía de resección pulmonar, el postoperatorio no suele ofrecer dificultades mayores. La complicación mas frecuente es la pérdida aérea pleural, habitualmente bien tolerada pero determinante de internaciones postoperatorias prolongadas.

BIBLIOGRAFIA

1. Gaissert Henning A., Trulock Elbert, Cooper Jod, Patterson Alexander. Comparison of early functional results after volume reduction or lung transplantation for chronic obstructive pulmonary disease J Thoracic Cardiovascular Surgery 1996; vol. 8, pp 52-60.
3. Yusef R, Lefrak S, Evaluation of Patients with Emphysema for Lung Volume Reduction Surgery. Seminars in Thoracic and Cardiovascular Surgery 1996, vol. 8, pp 83-93.
4. Slone R - Gieroda D. Radiology of Pulmonary Emphysema and Lung Volume Reduction Surgery - Seminars in Thoracic and Cardiovascular Surgery 1996, vol. 8, pp 61-82.
5. Scieurba F, Roger R, Keenan, R, Slivka et al. Improvement in pulmonary function and elastic recoil after lung reduction surgery for diffuse emphysema. N.E.J.M. 1996; 334: 1095 - 1099.
6. O'Donnell Denis, Webb K, Bertley J, et al. Mechanisms of relief of exertional breathlessness following unilateral bullectomy and lung volume reduction surgery in emphysema. Chest 1996; 110: 18-26.
7. Brenner M, Yusef R, Lefrak S et al. Lung Volume Reduction Surgery for Emphysema. Chest 1996; 110:205-218.

TALLERES DE EDUCACION PARA LA SALUD Y SU EFECTO SOBRE LA TERAPIA DE ANOREXIA Y BULIMIA

RESUMEN

Se relata el efecto de Talleres de Educación para la Salud (TES) sobre la terapia tradicional de anorexia y bulimia. El objetivo de TES fue la revalorización del ser humano dentro de los seres vivientes. Son analizadas 45 mujeres adolescentes que recibieron por consultorio externo terapia multidisciplinaria: clínica, psicológica y nutricional. De ellas 21 asistieron a los talleres de apoyo, denominado grupo TES y las 24 restantes configuraron el grupo control. Para cuantificar el estado de gravedad se utilizó una escala de evaluación de 0 a 48 puntos considerando el estado clínico, nutricional y el comportamiento psicosocial del paciente. La media de gravedad inicial fue: grupo TES = 32 puntos (± 5.29 S.D.), grupo control 26,5 puntos (± 3.87 S.D.). La media al final del estudio fue: grupo TES = 13,84 puntos (± 4.55 S.D.) y el grupo CONTROL = 12,08 puntos (± 5.65). La media de recuperación para TES = 18,15 puntos (± 5.28) y CONTROL = 14,41 puntos (± 4.59 SD) con significación estadística de $p < 0,0054$. Estos resultados permiten concluir que TES es un complemento de apoyo a las terapias tradicionales logrando que sean más eficientes en menor tiempo. Su aplicación en otros grupos permitiría convalidar estas conclusiones.

Palabras clave: Anorexia - Bulimia.

SUMMARY

We are reporting the effect of Education for the Health Workshops (TES) on the traditional therapy of anorexia and bulimia. The principal topic of TES was the revaluation of the human being within the living beings. Are analyzed 45 adolescent women that received, by external doctor's office, therapy multidisciplinary: clinical, psychology and nutritional. Of they 21 attended the workshops of support, designated group TES, and 24 remaining configured the group control. For evaluation the gravity state was used an assessment schedule with

1 Médica de Endocrinología Pediátrica - Hospital Privado.

2 Licenciada en Nutrición y Alimentación - Hospital Privado.

Dra. María Lucy Yaniskowski ⁽¹⁾ - Lic. Laura Nores ⁽²⁾
Sección Endocrinología Pediátrica
Sección Nutrición y Alimentación.
Hospital Privado.

an scale of 0 to 48 points considering the clinical, nutritional, and the behavior psychosocial state of the patients. The start mean of gravity was: group TES 32 points (± 5.29 SD), group control 26,5 points (± 3.87 SD). The end mean of the study was: Group TES 13,84 points ($\pm 4,55$ SD) and the group control 12,08 points ($\pm 5,65$ SD). The recuperation mean for TES 18,15 points ($\pm 5,28$ SD) and CONTROL 14,41 points ($\pm 4,59$ SD), with significance statistic of $p < 0.0054$. From these results, we concluded that TES is a therapeutic complement which gives way to an efficient and fast recuperation. To confirm these conclusions further applications in different groups will be necessary.

Key words: Anorexia - Bulimia.

INTRODUCCION:

Es por todos conocidos el cambio corporal rápido del adolescente y la exigencia de una adaptación psicológica propia, la cual a su vez está influenciada por determinadas reglas sociales. En ellos, estas condiciones fisiológicas y los mensajes sociales sobre estética colaboran en la alta incidencia en los trastornos de la conducta alimenticia tales como obesidad, anorexia y bulimia ^(1, 2, 3, 4, 5).

Todo ser vivo desde que nace, para subsistir, inicia un proceso de aprendizaje ejercitado con técnicas y reglas específicas de cada bioma. En este contexto la nutrición y reproducción ocupan un papel irremplazable para la preservación de la especie, soportando a su vez los continuos mensajes sociales propios de cada habitat. ^(6, 7, 8)

Atentos a lo expresado, e identificados con el pensamiento de la revalorización del ser humano, pensamos que una terapia apoyada en las técnicas educativas ya conocidas por el paciente podría influir positivamente ^(9, 10, 11, 12). Surge así lo que llamamos TALLER DE EDUCACION PARA LA

SALUD (TES). Definiendo: *“Un conjunto de actividades multidisciplinares organizadas bajo una problemática común, con el objetivo de resolverla en un accionar programado, y tendientes a formar agentes de salud.”*

MATERIAL Y METODO:

Es un trabajo retrospectivo de diseño cuasi experimental débil, denominado así porque la asignación a los grupos no fue al azar.

Elaboración del Proyecto: el Proyecto TES se presentó ante el Departamento de Medicina Interna del Hospital Privado, siendo aprobado por el mismo. Se comunicó a los médicos y terapeutas de cabecera sobre los objetivos del TES. Se cursó invitación personal a los pacientes e informó a los padres sobre la metodología a emplear, comprometiéndolos a una participación activa.

Unidad de observación: Los criterios de inclusión fueron:

a) Edad: entre 13 y 17 años. b) Sexo: femenino. c) Diagnóstico de anorexia y bulimia según criterios de DSM IV ⁽³⁾. d) Sin otra enfermedad crónica. e) Bajo asistencia terapéutica individual.

En el período de 2 años (1993/1994) consultaron por anorexia y bulimia a los Servicios de Endocrinología Pediátrica y Alimentación una población total de 72 pacientes, 53 reunían los criterios de inclusión mencionados, 8 desertaron durante el seguimiento. Los 45 restantes son los presentados en este estudio divididos a su vez en:

Grupo TES 21 pacientes con atención multidisciplinaria por consultorio externo y participación voluntaria a los Talleres de Educación para la Salud.

Grupo CONTROL 24 pacientes con atención individual multi-

disciplinaria.

Recursos materiales: Los talleres se realizaron en el Salón Auditorium.

Material didáctico: diapositivas, láminas, películas, libros, transparencias, folletos, diarios, revistas, afiches, pinturas, modelado, caricaturas animadas, etc.

Recursos humanos: En forma permanente un médico pediatra endocrinólogo y una licenciada en nutrición. Como invitados especiales psicólogos y comunicadores sociales.

Objetivos de TES: Apoyar la terapia asistencial individual, sin apartarlas de su medio familiar y social, con actividades educativas grupales.

- Participación libre del paciente en su terapia asistencial con metodología por él conocida.

- Incorporar al rol tradicional de proveedor de salud del Hospital nuevas técnicas no convencionales tendientes a mejorar la salud en patologías conductuales.

Tiempo de TES: reuniones de 2 hs., cada quince días, durante 4 meses.

Metodología pedagógica de cada encuentro: 4 tiempos: motivación del encuentro, desarrollo del tema teórico, participación y compromiso individual, y evaluación grupal. (Tabla 1: Temas).

TABLA 1

TABLA 1	TEMAS DESARROLLADOS
1.	Conocimiento mutuo y evaluación de la patología individual
2.	Dignidad de la Persona dentro de los seres vivientes.
3.	Valor del crecimiento Personal. Defectos y virtudes.
4.	Rol de la familia y la sociedad en la conducta del adolescente.
5.	Necesidad y efecto que ejerce "el amigo" sobre el adolescente.
6.	Valores que impone la sociedad actual. Los héroes y los medios.
7.	La comunicación social.
8.	La Anorexia y Bulimia dentro de la sociedad.
9.	Fisiología y patología de la conducta nutricional.
10.	Autovaloración y confrontación médica.
11.	Soportes válidos para el mantenimiento de conductas de vida: deporte, humor, amigos.

DESARROLLO:

Este trabajo se apoya en métodos subjetivos y objetivos para evaluar a TES.

Evaluación subjetiva: aplicada únicamente al grupo TES.

1 - Evaluación Inicial: en el primer TES se realizó la encuesta de **AUTOEVALUACION DEL RIESGO** propuesta por Kim Lampson ⁽¹⁴⁾ sobre la percepción individual de cada paciente y su "estado nutricional". En ella se asigna un puntaje a las respuestas para categorizar a los encuestados en: "tendencia a la anorexia", "tendencia a la bulimia", conscientes de su peso sin tendencia especial; "sin motivo para preocuparse".

2 - Evaluación final: en el último taller se presentó una encuesta individual a padres y participantes sobre la efectividad del TES en el grado de recuperación lograda.

Evaluación objetiva: aplicada a ambos grupos (TES y CONTROL). Empleando un método analítico se establecieron scores de la enfermedad. En ellos se evaluaron 3 aspectos comprometidos en la patología: conductual, clínico y nutricional ^(15, 16, 17, 18, 19) asignándose puntaje dentro de cada aspecto a cada una de las siguientes variables: CONDUCTUAL: conducta personal, familiar y nutricional. CLINICO: estado clínico y de laboratorio. NUTRICIONAL: relación peso/talla para edad, circunferencia

en c i a
braquial, circunferencia
m ú s c u l o
braquial, pliegue cutáneo
tricipital, relación cintura
cadera y dinamometría de
brazo no dominante.

El puntaje obtenido fue utilizado para categorizar el estado de gravedad al ingreso, en la evolución y al final. Para el grupo CONTROL se consideró final el momento del corte del estudio (enero 1995) y para TES al concluir los talleres. En ambos casos fue independiente del estado de salud del paciente.

Las categorías establecidas según el puntaje fueron:

- **LEVE:** 0-13,99 puntos.
- **MODERADO:** 14-26,99 puntos.
- **GRAVE:** 27-48 puntos.

Los resultados fueron analizados estadísticamente mediante Test de T no pareado, se eligió una significación de $p < 0,01$. Los datos se procesaron mediante el programa Instat MR.

RESULTADOS

La población total tenía una media de edad de 15.7 años.

De la evaluación Subjetiva: - Los resultados sobre **autoevaluación** por el Test de Lampson, realizado por las 21 pacientes de TES, demuestran que 20 de ellas (95 %) se reconocían enfermas distribuyéndose:

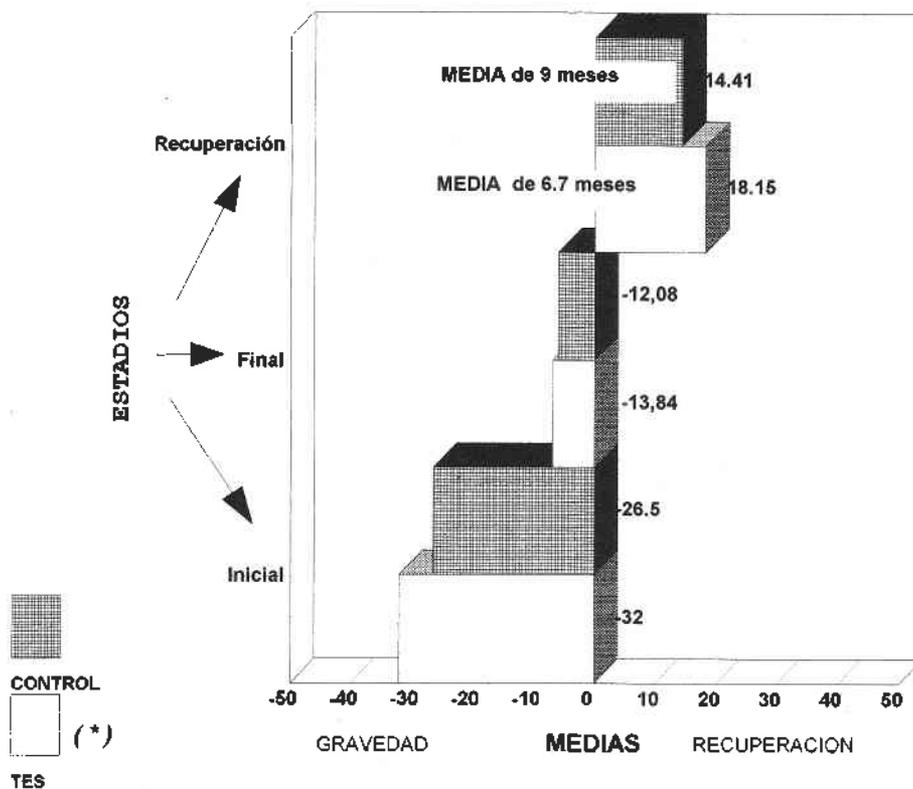
- **8** con tendencia a anorexia.
- **10** con tendencia bulímica.
- **2** conscientes de su peso sin tendencia especial.
- **1** sin motivo para preocuparse.

PREGUNTAS	PACIENTES		PADRES	
En su recuperación TES actuó :				
FAVORABLE	17	81%	21	100%
INTRASCENDENTE	4	19%	0	0
DESFAVORABLE	0	0	0	0
Se consideran en este momento:				
RECUPERADAS	17	81%	17	81%
EN RECUPERACION	3	15%	4	19%
SIN RESPUESTA	1	4%	0	0

ENCUESTA DE EFECTIVIDAD DE TES. (Tabla 2) El 100 % de los padres y el 81 % de las pacientes consideraron que TES actuó favorablemente sobre la recuperación. Igual porcentaje consideraba su estado como "recuperado".

De la evaluación Objetiva: (Gráfico 1)

RESULTADOS POR SCORE DE TES Y CONTROL
Media Inicial, Final y Recuperación



(*) Mayor grado de recuperación (p=0.0054) en menor tiempo (p=0.0018)

a) Sobre el grado de gravedad inicial y de recuperación en el grupo TES, la media de gravedad al inicio del tratamiento fue 32,27 puntos ($\pm 5,25$ SD) y la media al final de 13,84 puntos ($\pm 4,52$ SD). El grado de recuperación fue de 18,15 puntos (SD 4,41); en el grupo CONTROL, la media de gravedad al inicio fue de 26,5 puntos ($\pm 3,87$ SD) y la media final de 12,04 puntos ($\pm 5,12$ SD). El grado

de recuperación fue de 14,41 puntos ($\pm 4,68$ SD). La comparación del grado de recuperación de TES y CONTROL permite establecer una diferencia estadística muy significativa (p 0.0054).

b) Sobre el tiempo empleado en la recuperación:

El grupo TES obtiene los resultados anteriormente expresados en una media de 6.73 meses ($\pm 3,15$ SD) y el grupo control en una media de 9,31 meses ($\pm 6,52$ SD). En este caso los SD son muy diferentes (p. 0,0018) no permitiendo ajustar la misma técnica estadística aplicada al score, no obstante arrojan una significación marginal (p 0.0627).

DISCUSION

Este trabajo pretende informar sobre una técnica de fácil manejo en la cual el propio afectado actúa en forma directa sobre su terapia y demostrar la efectividad de la misma. El empleo de la misma se ofrece para soportar una patología individual socializada

como son anorexia y bulimia.

Varias propuestas terapéuticas grupales se pueden encontrar en la literatura para apoyar la recuperación de estas pacientes. Una de ellas desarrollada en nuestro país es la publicada por L. Bay y C. Hersocvivi (2) donde muestra los beneficios sobre 46 pacientes con una media de edad de 14,7 años de una experiencia grupal teniendo como soporte la

familia. A diferencia de ellos, nosotros apoyamos nuestro taller en el individuo afectado. Esta determinación surgió como una necesidad, ya que el 52 % de las familias de los participantes en TES se encontraban en situaciones conflictivas entre sus miembros, arriesgando el éxito de una conducta terapéutica bajo el enfoque familiar. Al comparar ambos grupos no hubo diferencia significativa con la edad media del afectado ni con el número total de asistidos. Ello resalta por un lado el rango de edad de riesgo de la patología y por otro indirectamente revela la incidencia de la población afectada.

Lo expuesto pretende subrayar la necesidad de la búsqueda de un canal grupal para resolver una demanda asistencial voluminosa.

Para poder medir las ventajas de nuestra propuesta se aplicaron evaluaciones subjetivas y objetivas al grupo TES lo que permitió comparar las percepciones personales del paciente con el estado real de salud. De 21 pacientes clínicamente enfermas 20 se consideraban en ese estado lo cual hace una correlación del 95 %. Ello nos permite considerar como apropiados los métodos usados y refuerzan los resultados por ellos obtenidos.

Por otro lado la aplicación del método objetivo a ambos grupos de observación ofrece la posibilidad de un análisis estadístico. Son relevantes los valores en la recuperación donde una p estadísticamente significativa permite demostrar la ventaja de TES sobre control, reforzando el objetivo buscado con los talleres.

CONCLUSION:

Se concluye que el TES es un complemento terapéutico en anorexia y bulimia que logra buena aceptación por parte de los participantes y padres. Posibilita una recuperación rápida y eficaz a un número mayor de afectados con un compromiso grave. Su aplicación en otras edades y la evaluación en la recuperación total permitiría convalidar estas conclusiones.

BIBLIOGRAFIA

1. Francoise Dolto. La causa de los adolescentes. edit. Seix Barral Barcelona España. 1990.
2. Sherman C. Feinstein, Arthur Sorosky. Trastornos en la alimentación. Edit. Nueva Visión SAIC. Bs. As. 1988.
3. Solanto M. et al. Rate of weight gain of in patients with anorexia nervosa under two behavioral. *Pediatrics*. 1994, 93 (6).
4. Rausch Hersovici C. Anorexia nervosa y bulimia. Amenazas a la autonomía. Edit. Paidós. Argentina. 1990.
5. Elizaguirre MB, Urzainki JA, Urbina RI. Anorexia infantil, un problema del siglo XX. *Pediatrka* 1994, 1 (3): 1-4.
6. Cejas. A., Smud P. Programa permanente de educación para la salud en la escuela. *Arch Arg Pediatr*. 1994; 2:344-348.
7. Amestoy E. Educación para la salud. Aula taller. Edit. Stella. Arg. 1993.
8. Conte-Grand RG, Lafuete CM. Taller escolar de salud. Edit. Cincel. España 1987.
9. Torigliani I y Campana M. Participación, adolescencia y grupo. A propósito de una experiencia. *Salud Infantil*. 1994 Vol. 3. Sep. 1993.
10. Bay L., Hersovici C. Seguimiento a largo plazo de pacientes con anorexia nerviosa tratados con terapia familiar. *Arch Arg Pediatr* 1994; 92:289-295.
11. Flodmark CE, Ohlsson T, Ryden. O., Prevention of progression to severe obesity in a group of obese school children treated with family therapy *pediatrics*. 1993. 91 (5): 880-884.
12. Katharine N. Dixon Terapia grupal para bulimia. Trastornos de la Alimentación. Editorial Nueva Visión. 1988, 241-255.
13. American Psychiatric Association; Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition. Washington, DC (1994) 539-550.
14. Lampton Relf K. Está usted dispuesto a morir por adelgazar? En Boynton R.W., Dunn E.S. Manual de Pediatría ambulatoria. 1982:441-443.
15. Anorexia infantil. *Pediatrka* 1994. 1 (3): 1-4 n DC, 1987:67.
16. Lifshitz F. Tarim o and Smith MM. Nutrition in adolescence. *Endocrinology and metabolism clinics of North America*. Vol. 22. N 3, 1993.
17. Abrams S. Silber TJ, Esteban N, Vieira Ne mineral balance and bone turnover in adolescents with anorexia nervosa. *J. Pediatr* 1993 123 (2):326-331.
18. Nappi R, Petraglia F, D'Ambrogio G, Zara C et al Hypothalamic amenorrhea: evidence for a central derangement of hypothalamic pituitary adrenal cortex axis activity. *Fertility and sterility*. 1993. 59 (3): 571-576.
19. Primary and secondary eating disorders; A psychoneuro - endocrine and metabolic Approach. Proceedings of the 2nd International Symposium on Disorders of Eating Behaviour held in Pavia, Italy. Sept 1992.

AGRADECIMIENTOS

A la Dirección del Hospital por el apoyo hacia una tarea terapéutica no convencional. Al departamento de Clínica Médica por la revisión y aprobación del proyecto. Al Jefe del Servicio de Endocrinología por su estímulo. A la Lic. Alicia Sánchez Campos por la ayuda incondicional en el desarrollo del TES, y en la elaboración de programas de difusión masivas. A los padres y participantes por la confianza y el apoyo. Al Dr. Eduardo Cuesta por su estudio estadístico.

REFLEXIONES SOBRE LA INFORMACION MEDICA AL PACIENTE ONCOLOGICO ADULTO

RESUMEN

El conocimiento que tiene el paciente respecto del diagnóstico, del pronóstico y de la terapéutica es un aspecto importante en el impacto emocional que produce el cáncer. Estudiamos el manejo de la información médica en Oncología, su relación con la percepción de la enfermedad y las expectativas de futuro que tienen pacientes y familiares y la visión de los profesionales del equipo asistencial sobre el tema. Los resultados muestran que pacientes y familiares son informados con veracidad del diagnóstico en nuestra Institución. A pesar de ello, y teniendo una mala evolución objetiva de la enfermedad expresan franco optimismo en sus expectativas de futuro, actitud que detectan también en el médico. Creemos que los mecanismos de defensa del paciente (negación, idealización, control omnipotente) presentes en esta conducta, son activados y/o acompañados por las defensas del médico que, colocadas inicialmente en la comunicación del diagnóstico se habrían desplazado hacia la comunicación del pronóstico y del resultado de las terapéuticas ofrecidas. Pensamos que una transmisión adecuada de la información enriquecerá a todos los involucrados en la situación -médicos, enfermeras, pacientes, familiares- y al vínculo que los engloba, y les permitirá enfrentar con una conducta más sana y comprometida la situación por la que atraviesan.

Palabras clave: Información médica. Oncología.

SUMMARY

The knowledge that the patient has about the diagnosis, prognostic and therapy represents a relevant aspect concerning the emotional impact produced by cancer. We have studied the handling of medical information in Oncology, its relation with the perception of illness and the hopes for the future that patients and relatives have; and furthermore, the medical team's view about the subject. The results reveal that patients and relatives are truthfully informed about the diagnosis in our Institution. In spite of that fact, and having a bad objective evolution of the illness, they convey optimism concerning their expectations for the future, and attitude

Lic. María del Carmen Neira ⁽¹⁾ - Dr. Emilio Palazzo ⁽²⁾
 Servicios de Psiquiatría y Oncohematología
 Hospital Privado - Centro Médico de Córdoba.

of which they perceive also among doctors. We believe that the patient's defensive mechanism (negation, idealization, omnipotent control) present in this behaviour which were initially placed in the diagnosis, might have been transferred to the communication of the prognosis and the results of the therapy employed. We think that an adequate transmission of the information will improve the relationship of all the people involved in this situation - doctors, nurses, patients and relatives- Furthermore, it will enable them to face with a healthier attitude the difficult situation they are going through.

Key words: Medical information - Oncology.

En el estudio del impacto emocional que produce el cáncer, un aspecto importante a tener en cuenta es el conocimiento que tiene el paciente sobre el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento de su enfermedad. Desde 1992 estamos estudiando el manejo de la información médica oncológica en nuestra Institución, su relación con la percepción de la enfermedad y las expectativas de futuro que tienen los pacientes, sus familiares, y la visión de los profesionales del equipo asistencial sobre el tema. Para ello, hemos utilizado diversos cuestionarios, algunos autoadministrados y otros planteados en el marco de una entrevista psicológica semi-estructurada, que aplicamos a varios grupos de pacientes, a sus familiares más cercanos, a los médicos oncólogos de cabecera, a los becarios de la especialidad, y a las enfermeras que los atendían. Nuestra muestra estaba constituida por 60 pacientes adultos, entre 20 y 70 años, con diagnóstico de cáncer o enfermedad hematológica maligna, considerada incurable; quienes tenían una sobrevida esperada superior a los 3 meses y habían completado al menos el primer ciclo de quimioterapia.

En primer lugar, observamos que los pacientes y familiares encuestados conocían el diagnóstico. Mencionaban el nombre correcto de la enfermedad el 73 % de los pacientes y el 93 % de los familiares, o se referían a ella con los términos de "cáncer, tumor o algo maligno" el 27 % de los pa-

1 Psicóloga asociada al Servicio de Psiquiatría. Dpto. de Medicina Interna - Hospital Privado.

2 Jefe del Servicio de Oncohematología. Dpto. de Medicina Interna - Hospital Privado.

cientes y el 7 % de los familiares. En su mayoría (90 % de los pacientes y 83 % de los familiares) habían recibido la información diagnóstica por parte del oncólogo de cabecera, expresando total credibilidad y confianza en él.

También notamos que a pesar de tener este conocimiento del diagnóstico, sólo la mitad de los pacientes y de los familiares consideraba la situación como "muy grave"; el 50 % restante decía que "la gravedad de su estado era moderada o leve". Además observaban mejoría y advertían una actitud optimista en el médico que ellos relacionaban con la posibilidad de curar. Esto nos resultó de particular interés teniendo en cuenta que al año de realizada cada encuesta, el 90 % de los pacientes había muerto.

Entre los pacientes fallecidos y sus familiares el optimismo en las expectativas de futuro alcanzaba el 93 % de los casos. En cambio, los oncólogos de cabecera se manifestaban optimistas ante nuestro interrogatorio sólo en el 14 % de los casos, los residentes de oncología en el 36 %, y las enfermeras en el 50 %.

Pareciera entonces que en el Servicio de Oncohematología de nuestra Institución la mayoría de los pacientes y sus familiares son informados del diagnóstico con veracidad. Pero, a pesar de ello, y teniendo una mala evolución objetiva de la enfermedad, expresan una actitud de franco optimismo en sus expectativas de futuro, actitud que dicen detectar también en el médico. Nos planteamos entonces si en el optimismo del paciente sólo opera su defensa psicológica, o si ésta es activada y/o acompañada por la defensa propia del médico, quien le transmitiría una visión esperanzada de un pronóstico alejado de la realidad. En tal caso, podríamos arriesgar la hipótesis de que la actitud defensiva del médico colocada inicialmente en la verbalización del diagnóstico, se habría desplazado hacia la comunicación del pronóstico y del resultado de las terapéuticas ofrecidas. El médico cumpliría de este modo con la satisfacción de las expectativas del paciente orientadas a la curación de la enfermedad, pero fundamentalmente pondría en juego con este mecanismo sus propias defensas de negación y control omnipotente de una realidad no deseada e inmanejable. Al intentar así protegerse defensivamente de la emergencia

de su propia angustia potenciaría en el paciente y sus familiares la idealización del tratamiento y una expectativa favorable de futuro. Además, esta conducta puede contribuir a aumentar la distancia en el vínculo con su paciente, pudiendo generar en éste una vivencia de escaso acompañamiento, comprensión y contención a medida que va transitando una realidad muy dolorosa física y emocionalmente.

Por ejemplo, en nuestra encuesta, los oncólogos de cabecera y los becarios en un 40 % dijeron no saber cuáles eran aquellas cosas que ayudaban a que su paciente se sintiera mejor, más tranquilo o más confortable. Sin embargo esto era conocido cabalmente por las enfermeras en un 79 %. Al preguntarles a estos médicos qué creían ellos que era lo que más molestaba al paciente, vimos en sus respuestas que la alopecia no era detectada como uno de los factores más conflictivos. Los pacientes, en cambio, la ubicaban en un lugar relevante. Contrariamente, la internación hospitalaria era referida por los profesionales como aquello que más le molestaba al enfermo, cuando en realidad éstos manifestaban una vivencia de protección y reaseguro dentro de la institución. La probable transmisión de cierta esperanza de cura, sumada a este desconocimiento de los aspectos emocionales de su paciente, explicaría en parte la escasa indicación médica de asistencia psicoterapéutica. Sólo en el 30 % de los casos, pacientes y oncólogos de cabecera reconocieron su necesidad, mientras que los médicos becarios y las enfermeras del área, tal vez quienes estaban más cerca y conocían los padecimientos del paciente pues compartían más tiempo con él, consideraban su indicación en el 56 % de los casos.

Pensamos que la relación médico-paciente, y la transmisión de información incluida en ella, está influenciada por ciertos aspectos personales del profesional - sus conflictos y defensas, su personalidad, su angustia, sus miedos, etc. - que tienen incidencia en el desempeño del rol y que deberán ser incluidos en la reflexión y autocrítica de su tarea.

El paciente llega a la consulta oncológica dudoso de su diagnóstico, con sospecha de malignidad en su afección y angustia por la repercusión de la enfermedad en sus pautas y su proyecto vital. Herido narcisísticamente en sus sentimientos de intangibilidad e inmortalidad y con la constatación de

que su vida puede ser amenazada, se acerca al médico con una serie de fantasías respecto de su propia situación y de cómo ésta será recibida y resuelta por alguien que además de cargar con el contenido dramático de su especialidad, la oncología, acarrea su propia problemática personal que interfiere permanentemente en el desempeño de su actividad profesional. Trae a la consulta su verdad, aún bajo la forma de sospecha, que entrará en contacto con la verdad del médico en torno al diagnóstico, al pronóstico y al tratamiento. De las características de este encuentro dependerá en gran parte el destino de la relación que establezcan, y será muy importante para el paciente la capacidad del médico de contener sus ansiedades y de responder a su necesidad de ser comprendido y ayudado. Generarán una alianza terapéutica con determinados aspectos transferenciales y contratransferenciales que influirán no sólo en el aspecto vincular sino también en el manejo instrumental y técnico de la situación.

La capacidad del oncólogo de informar adecuadamente se relaciona con la elaboración de la propia angustia de muerte a que lo enfrenta permanentemente su labor. Esta elaboración le permitirá, en la relación con su paciente, no caer en la estereotipia, la disociación y la predominancia de un pensamiento técnico y deshumanizado por un lado, ni en un vínculo emocional indiferenciado y con dificultades para establecer una distancia operativa por el otro, ambas expresiones de una fragilidad emocional que dificulta el adecuado ejercicio de su rol.

La información al paciente con cáncer es una de las situaciones de más difícil resolución en la práctica médica cotidiana en lo que se refiere a qué informar, cómo hacerlo, cuándo hacerlo, cuánto decir y a quién. Es un elemento fundamental de la atención médica ya que estructura la realidad del paciente. Se constituye en una tarea indelegable que el médico debe asumir poniendo en juego su ideología profesional y sus propios temores frente a la enfermedad y a la muerte. Se realiza por medio de mensajes verbales y no verbales, significativos en cada cultura, que son de valor decisivo en la comunicación, y altamente significativos en la relación personal. Lo que se le diga dependerá de cada enfermo en particular, y de su necesidad de conocer la verdad o de negarla. La información será siempre en prove-

cho del paciente, para lo cual el médico intentará acceder a los aspectos más maduros de la personalidad del enfermo, que son los que podrán permitirle aceptar la realidad sobreponiéndose al impacto del diagnóstico, deberá aliarse con ellos apaciguando la parte infantil, ansiosa, veraz y envidiosa de los que están sanos, y que tiende a idealizarlo y a esperar un milagro de él. El recurso del engaño, usado con el pretexto de dar mayor tranquilidad al enfermo, responde a los propios conflictos lo que de una u otra manera está sospechando. La información falsa crea tensión en los vínculos tanto con el equipo profesional como con su familia. Se siente solo en su saber, en su sentir, y en sus necesidades de compartir su realidad con quienes lo rodean. Decirle la verdad no significa negarle toda esperanza ya que el paciente tenderá a mantenerla hasta el final; la esperanza entonces estará conectada con un criterio de realidad, centrada más en la calidad que en la cantidad de vida, y en la garantía de que será acompañado a lo largo de todo el proceso de enfermedad armonizando sus necesidades con lo que el médico le pueda brindar.

La comunicación del diagnóstico oncológico, manejada adecuadamente, enriquecerá a todos los que están involucrados - médicos, enfermeras, pacientes, familiares - y al vínculo que los engloba, permitiéndoles organizar pautas más sanas y comprometidas de conducta para enfrentar cada uno desde su rol esta situación altamente desestabilizadora.

BIBLIOGRAFIA

1. Alvarez, H., Neira, Ma. del C., Palazzo, E., "Aspectos psicosociales en el paciente oncológico" en "Experiencia Médica", Vol. X, 1992, p. 4.
2. Krant, Melvin, "Problems of the physicians in presenting the patient with the diagnosis" en "Cancer: the behavioral dimensions". Editores Cuellen, IW y otros. Ravens Press, N. York 1976.
3. Kübler-Ross, Elizabeth, "On death and dying". Ed. The MacMillan Company, N. York, 1969.
4. Laplanche, Jean, Pontalis, Jean, "Diccionario de Psicoanálisis". De Labo S.A., Barcelona 1974.
5. Luchina, L. "La relación médico-paciente en cancerología". En "Psicología y cáncer". De. Home. 1965.
6. Mansillac, S. De, "La comunicación de la verdad en Cancerología". En "El impacto psicológico del cáncer". De. Galerma. 1978.
7. Neira, M. del Carmen, Palazzo, E., "Psychological aspects of oncology patients", World Congress of Psychiatry, Vol. 2, pp. 163, Madrid, agosto 1996.
8. Schavelzon, José, "Paciente con cáncer. Psicología y psicofarmacología". Ed. Científica Juter Americana. Buenos Aires, 1988.

TUBERCULOSIS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

MESA REDONDA A PROPOSITO DE DOS CASOS (*)

RESUMEN

Se presentan dos casos de tuberculosis (TBC) del sistema nervioso central (SNC) con diagnóstico confirmado. Se detallan los procedimientos diagnósticos, el tratamiento y la evolución.

Se analizan las formas de presentación en los exámenes por imágenes y se discute la tuberculosis del sistema nervioso, la meningitis tuberculosa, el tuberculoma cerebral y la radículo mielopatía tuberculosa. Se hace una exposición detallada de la técnica de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) y sus posibilidades diagnósticas y ventajas sobre los otros procedimientos.

Palabras clave: Tuberculosis extrapulmonar - Tuberculosis del Sistema Nervioso.

SUMMARY

Two cases of tuberculosis (TBC) of the central nervous system are presented. The diagnosis, treatment and evolution are considered.

The radiological finding are analyzed and the TBC of the central nervous system as well as the tuberculosis meningitis, the brain tuberculoma and the tuberculosis radiculo myelopathy are discussed. The technic and diagnostic possibility of the polymerase chain reaction (PCR) are considered.

Key words: Extrapulmonary tuberculosis. Tuberculosis of the Nervous System.

* Reunión del 18-04-1997

1 - Adjunto de Clínica Médica - Hospital Privado.
2 - Residente de Medicina Interna - Hospital Privado.
3 - Jefe del departamento de Diagnóstico por Imágenes - Hospital Privado.
4 - 5 - Adjuntos del Servicio de Neurología - Hospital Privado.
6 - Bioquímica del Laboratorio de histocompatibilidad y citogenética - Hospital Privado.

COORDINADOR: Dr. Miguel Angel Paganini ⁽¹⁾
PRESENTACION DE LOS CASOS: Dr. José Méndez ⁽²⁾
ESTUDIO POR IMAGENES: Dr. Santiago Orozco ⁽³⁾
CLINICA NEUROLOGICA: Dra. Cecilia Lucero ⁽⁴⁾
y Dr. Guillermo Zeppa ⁽⁵⁾
DIAGNOSTICO DE TBC POR PCR: Bioq. Valeria Mas ⁽⁶⁾
Departamento de Medicina Interna
Hospital Privado

TUBERCULOSIS EXTRA-PULMONAR.

PRESENTACION DE DOS CASOS CLINICOS

CASO N° 1

Varón de 51 años, abogado, tres hermanos sanos, tres hijos sanos, madre fallecida por asma bronquial a los 70 y padre fallecido por infarto agudo de miocardio (IAM) a los 63 años. Antecedente de reducción quirúrgica de fractura de tibia y peroné en 1983, alergia al polvo ambiental, gastritis. Fumador de aproximadamente 5 cigarrillos por día desde los 20 años. Toma como única medicación midazolam como hipnótico eventualmente.

Consulta a nuestro hospital el 28/12/96 con fiebre de aproximadamente 5 días de evolución, cefalea importante y artromialgias. El comienzo del cuadro fue tipo rinosinusal, y había recibido una cefalosporina de 3ª generación por un par de días. El examen físico no arrojó ningún hallazgo significativo. Una Rx de tórax y de senos paranasales fueron normales. Citológico, velocidad de sedimentación globular (VSG), dentro de límites normales, Paul Bunnell - Davison (-). Una muestra de hemocultivo reveló stafilococos (S) coagulasa (-). Examen de orina, dentro de límites normales.

El 30/12/96 se sospecha síndrome meníngeo y se realiza punción lumbar (PL) que muestra: líquido xantocrómico/glucosa 43/Pandy +++/prot. 192/ células 980 con 90 % linfocitos y 10 % neutrófilos). Se realiza HIV por ELISA que resultó negativo.

El 2/1/97 aparece diplopia y visión borrosa. Una tomografía axial computada (TAC) de cerebro muestra edema cerebral. El paciente comienza con bradipsiquia. Aparecen mioclonías y disfunción vesical. Se observa edema de papila bilateral. Se realiza resonancia nuclear magnética (RNM) que fue normal. Se inicia dexametasona 8 mg cada 6 hs.

El 8/1/97 se realiza nueva PL con glucosa: 60/Prot 160/ células 305. Se realiza reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para tuberculosis (TBC) que fue (+).

El 10/1/97 se decide iniciar tratamiento con 4 drogas (isoniazida-rifampicina-pirazinamida-etambutol). Al momento se tenía el diagnóstico de mielo-meningo-encefalitis con compromiso de pares craneales por TBC. Se decide rotar esteroides a metilprednisolona 40 mg.

El 12/1/97 sin mejoría de los problemas previos se agrega para-paresia flácida arrefléxica. Y ante la persistencia de la disfunción vesical con retención urinaria se inicia sondeo intermitente.

El 15/1/97 se agregan dolor y parestesias en medias y guantes. Se realizan potenciales evocados visuales que muestran sufrimiento desmielinizante de ambos nervios ópticos; auditivos con conducción central prolongada. Somatosensoriales que resultaron dentro de límites normales y se realizó un electromiograma (EMG) que fue normal.

Al momento se habían recibido: Huddleson (-), VDRL del líquido y cutánea negativas. Ig/M/G CMV (-).

El 17/1/97 se agrega nistagmus vertical. Se decide colocar sonda suprapúbica para darle solución a su vejiga neurogénica y se inicia amitriptilina 25 mg. Dolores intensos en miembros primero inferiores y luego superiores, con parestesias y disestecias. Recibe además nubaína que fue aumentando en cantidad.

Se realizan nuevos potenciales evocados somatosensoriales (PESS) que fueron normales.

El 24/1/97 inicia norfloxacin que luego se rota a acipprofloxacin por infección del tracto urinario (ITU). Se coloca sonda nasa gástrica (SNG) pa-

ra hacer apoyo nutricional debido a lo deficitario de su alimentación y desnutrición incipiente. Un nuevo líquido cefalorraquídeo mostró 440 células/prot. 220/Pandy +++/glucosa 56. Se inician 20 mg de prednisona.

El 26/1/97: aparece Babinsky bilateral. Disminuye parcialmente y en forma progresiva hasta luego desaparecer el nistagmus. Aparece un nivel sensitivo D7-D8. La sonda suprapúbica debe ser retirada y se vuelve al sondeo intermitente. Se suspende prednisona y se inicia dexametasona 8 mg c/8 Hs. Aparece hipercalcemia que mejora con hiperhidratación. El 31/1/97 se suspende dexametasona y reinicia prednisona 25 mg/día, que luego se aumenta a 40 mg por empeoramiento del estado general y aumento de los dolores. Se inicia además carbamacepina. Dependiente de opioides. Molestias epigástricas motivan una ecografía que fue normal y una fibro endoscopia digestiva alta (FEDA) que mostró gastritis y duodenitis severa (recibía pantoprazol).

El 7/2/97 se realiza nueva RNM de encéfalo y médula que muestran: probable aracnoiditis en D6 y engrosamiento medular a nivel D10-11.

Intermitencias de febrículas hasta 14/2/97 cuando presenta bacteriemia. Se sospecha ITU complicada. Un cultivo de orina desarrolla pseudomona multirresistente. Se inicia tratamiento con ceftazidima que luego se rota por antibiograma a meropenem.

El 18/2/97 se recoloca sonda suprapúbica. Se suspende carbamacepina por aumento de transaminasas que luego se corrigieron y no volvieron a elevarse.

Aparece rash cutáneo con resolución espontánea y comienza con algunos movimientos voluntarios del pie y dedo mayor del pie izquierdo.

Se va de alta con 4 drogas y 40 mg de prednisona. Cumple 60 días de tuberculostáticos con 4 drogas y reduce a isoniazida mas rifampicina. Inicia plan de rehabilitación psico-física con excelentes resultados desde el punto de vista subjetivo y objetivo.

Reingresa el 1/4/97 con febrículas y visión

borrosa. Nuevos potenciales evocados visuales son patológicos. Con meticorten 75 mg semanales. TAC dentro de límites normales. Se realiza nueva PL.

CASO Nº 2

Mujer de 43 años que ingresa el 21-11-96 por síndrome confusional de 17 días de evolución. En los dos meses previos presentó febrículas, inestabilidad, deterioro cognitivo y pérdida de 6 kg de peso, siendo medicada con antidepresivos y benzodiazepinas. Traía un electroencefalograma (EEG) que mostraba desorganización difusa y un cortisol matutino bajo: 1,26 (vn 7-25). Antecedentes de apendicectomía a los 16 años, ex tabaquista de 10 cig/día. Al ingreso estaba afebril, normotensa, con desorientación temporo-espacial, bradipsiquia, rigidez de nuca, incontinencia de esfínteres y hemiparesia izquierda con esbozo de Babinski.

TAC y RNM con múltiples lesiones en bulbo, pedúnculo, regiones periventriculares y subcorticales con refuerzo anular. Punción lumbar con líquido claro, 41 células (linfocitos 100 %), proteínas 135 mgr/dl, pandy +++, glucosa 52 mgr (glucemia 117 mgr) y PCR para TBC +.

La serología para HIV, VDRL, CMV, toxoplasmosis y PCR para hongos negativas. TAC de abdomen normal. Se realizó biopsia estereotáxica de una de las lesiones informada como proceso glial reactivo y PCR para TBC (-).

Se comienza tratamiento con isoniazida, pirazinamida, rifampicina y etambutol agregando esteroides posteriormente. Presentó durante su evolución: excitación psicomotriz que respondió al hallopidol, hepatitis por drogas que obligó a suspenderlas durante 8 días y una paraparesia flácida con arreflexia. Una nueva RNM, fue compatible con mielitis dorsal. En la PL de control 12 días después había disminución de las células y proteínas y PCR para TBC (+). El 20-12-96 franca mejoría y regresión de las lesiones en una TAC de control.

Control por consultorio externo en Marzo 97 con buena evolución, caminando sola, orientada y coherente.

DIAGNOSTICO POR IMAGENES DE LAS LESIONES TUBERCULOSAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (SNC)

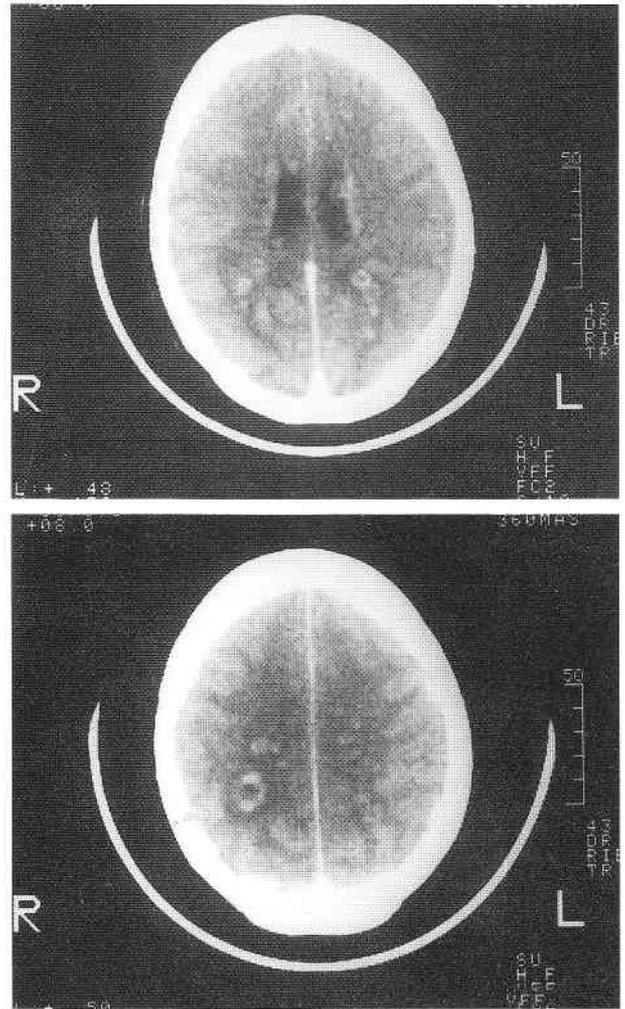


Fig. 1 - A-B: TAC con contraste EV que objetivan numerosas lesiones lacunares, para ventriculares y subcorticales en "anillo de sello".

La afectación tuberculosa del neuroeje puede expresarse en las imágenes de dos maneras: como granuloma inflamatorio, es decir, como tuberculoma o como meningitis tuberculosa (leptomeningitis).

Los granulomas pueden asentar en cualquier sitio del encéfalo (más frecuentemente en el cerebro) y provienen de una embolización a distancia de un foco primario. Estos sufren necrosis central y caseificación y se rodean de una cápsula fibro-

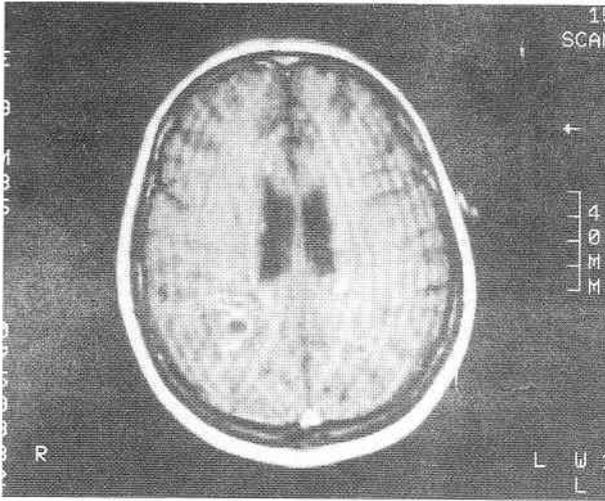


Fig. 2 - A: RNM ponderada en T1 con gadolinio que muestra lesión hipodensa para ventricular derecha con realce periférico del contraste paramagnético.

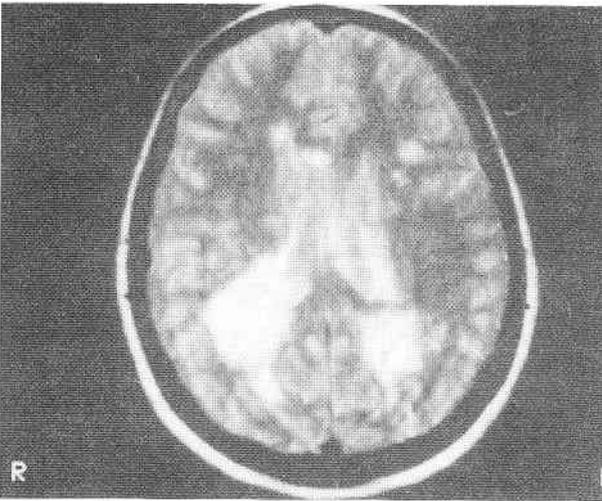


Fig. 2 - B: El mismo corte en T2, que objetiva mayor cantidad de lesiones lacunares con halo de edema, de localización paraventricular.

sa que los delimita. Se acompañan de escaso edema perilesional. Son generalmente de pequeño tamaño, de 0,5 a 1 cm., y pueden ser únicos o múltiples. Se calcifican en muy baja proporción (del 1 al 6 %). En muy pocos casos no se forma el granuloma y el proceso infeccioso se presenta como cerebritis focalizada y hasta como absceso.

En TAC los tuberculomas se presentan como hipodensos, más raramente como iso o hiperdensos. Con el contraste yodado refuerzan tenu-

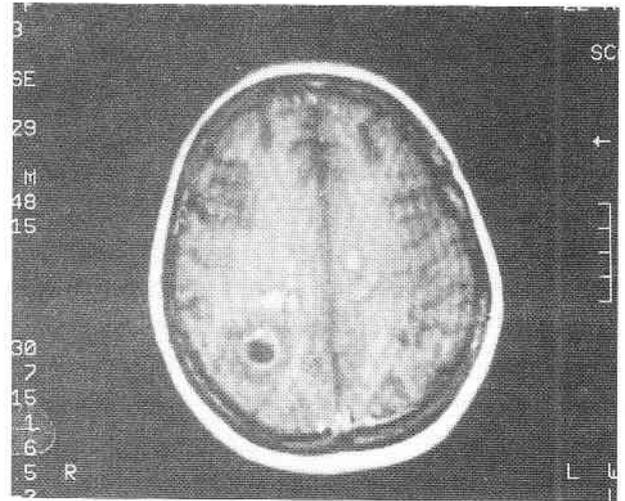


Fig. 3 - A: RNM en T1 con gadolinio. Lesión en "anillo de sello" y otras hipervasculares adyacentes.

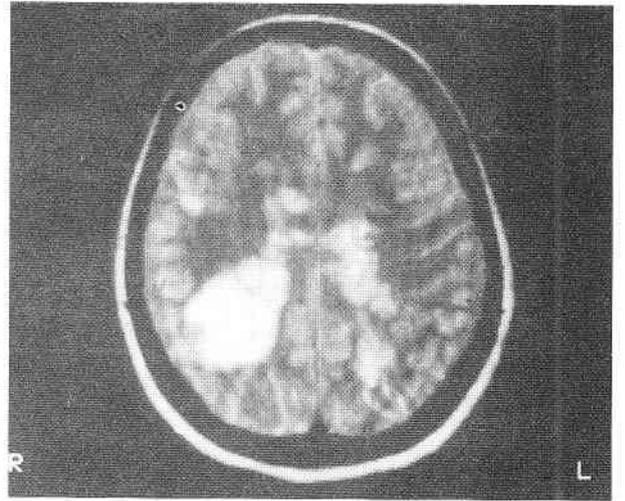


Fig. 3 - B: RNM en T2, igual plano de corte que muestra mayor número de lesiones.

mente en forma difusa. Si tiene caseificación central se pueden presentar como imagen en "anillo de sello". Siempre con escaso edema circundante y con poco efecto de masa. Este tipo de imagen no es característica del tuberculoma y los diagnósticos diferenciales deben plantearse con otros tipos de granulomas parasitarios o micóticos, con abscesos piógenos comunes, con metástasis y, eventualmente son únicos, como tumores primarios.

Con RNM la imagen del tuberculoma tampoco es típica y se manifiesta como hipointensa en T1 e hiperintensa en T2, por lo que las disyuntivas

diagnósticas son las mismas.

La meningitis tuberculosa aguda no tiene mucha traducción en imágenes, lo que contrasta con las abundantes alteraciones evidenciadas en las formas sub-agudas y crónicas. La meningitis tuberculosa puede extenderse por todo el endocráneo y el saco dural, pero el sitio de mayor afectación son las cisternas basales y, en particular, la supraselar. Las meninges están engrosadas, con granulomas de tamaño y número diverso. Suelen llevar a una hidrocefalia comunicante por bloqueo y, si la infección se extiende al sistema ventricular, a una hidrocefalia no comunicante y hasta a una pioventriculitis por TBC.

La TAC sin contraste, en las formas sub-agudas o crónicas, muestra la eventual hidrocefalia y la obliteración o deformación de las cisternas basales. Con contraste E/V, el realce es muy intenso, haciendo muy evidentes las cisternas (hasta asemejarse con una hemorragia subaracnoidea. Este tipo de manifestación debe hacer evocar a la meningitis por coccidioides immitis, como diagnóstico diferencial.

En las etapas agudas, por el contrario, no presenta una traducción tan característica y, a veces, sólo se manifiesta como un edema cerebral difuso.

TUBERCULOSIS Y SISTEMA NERVIOSO

La TBC fue a principios de este siglo una causa importante de morbimortalidad neurológica. En 1920 se reportaron 66 muertes por meningitis TBC en un sólo hospital de Londres mientras que actualmente son notificados no más de 100 casos de TBC del sistema nervioso al año en toda Inglaterra y Gales. Sin embargo, a pesar de esta notable disminución de la incidencia en países occidentales industrializados el problema está lejos de desaparecer.

En los países en desarrollo la incidencia aún es elevada. En India los tuberculomas siguen constituyendo cerca del 30 % de las lesiones ocupantes intracraneales y en un gran hospital de Bombay son admitidos 200 casos de meningitis TBC por año.

En los países desarrollados las migraciones

y la epidemia de SIDA causan un resurgimiento de casos de TBC, muchos de ellos con complicaciones neurológicas, sin contar la mayor incidencia en grupos raciales minoritarios de bajo status socioeconómico y ancianos en estos mismos países. La TBC del SNC puede dividirse en tres entidades: meningitis TBC, tuberculoma y radículomielopatía TBC, pudiendo coexistir en un mismo paciente.

MENINGITIS TUBERCULOSA:

La invasión de las meninges por el bacilo de Koch ocurre a partir de la diseminación desde un tuberculoma (nódulo de Rich) ubicado en la corteza o meninges. En animales de experimentación puede causarse meningitis por inyección intratecal pero no endovenosa de bacilos lo que sugiere que la meningitis no es el resultado directo de bacteriemia.

Típicamente se produce un denso exudado en las cisternas basales que puede acompañarse de arteritis y de un componente encefalítico subyacente. Clínicamente se inicia con síntomas poco específicos que dificultan el diagnóstico precoz, como fiebre, decaimiento y malestar general. Una o dos semanas después aparecen cefalea, alteraciones intelectuales y de conducta, y los elementos del síndrome meníngeo. Pueden seguir lesiones de pares craneales y signos de vías largas. En etapas avanzadas son comunes las crisis convulsivas y el deterioro del estado de conciencia hasta llegar al coma.

Clásicamente se mide la severidad en tres grados, que se relacionan con el pronóstico:

- GRADO 1: Paciente consciente, con síndrome meníngeo pero sin signos de foco.
- GRADO 2: Paciente confuso y/o con signos focales.
- GRADO 3: Paciente en estupor o coma y/o con hemiplejía o paraplejía completa.

La PL revela pleocitosis (50-500 células) a predominio linfocitario si bien pueden predominar los PMN en etapas iniciales. El nivel de proteína está siempre aumentado y el de glucosa por debajo de 40 mg/dl. La confirmación del diagnóstico depende de la detección de bacilos en el LCR. Se aconseja la

obtención de volúmenes importantes de LCR (5-10 ml) y la realización de punciones seriadas. Aún tomando estos recaudos la tasa de detección de bacilos en exámenes directos es entre 4 % y 10 %. Los cultivos permiten el aislamiento de bacilos en alrededor del 50 % de los casos en series publicadas.

La detección de TBC pulmonar o en otros órganos es también relativamente infrecuente en estos casos: en una serie de 54 casos reportados en Nuevo México entre 1970 y 1990, 40 % tenían infiltrados pulmonares compatibles con TBC y en 28 % pudieron aislarse bacilos del esputo o secreciones gástricas.

La TAC cerebral puede mostrar toma de contraste en las cisternas basales así como la presencia de tuberculomas, hidrocefalia o infartos cerebrales.

El pronóstico depende en forma directa de la precocidad del diagnóstico y tratamiento. La recuperación siempre es lenta y el LCR no se normaliza antes de tres meses. Pueden persistir como secuelas hidrocefalia, epilepsia, signos focales y lesiones de pares craneales.

Debe hacerse diagnóstico diferencial con meningitis micótica, carcinomatosa y sarcoidosis.

TUBERCULOMA

Los tuberculomas, granulomas intraparenquimatosos cerebrales, ocurren especialmente a nivel supratentorial en adultos y son frecuentemente infratentoriales en niños. Pueden ser múltiples en el 15 % - 30% de los casos. Se presentan clínicamente como masas ocupantes o con crisis convulsivas. En casos poco frecuentes de "TBC cerebral diseminada" ocurren múltiples granulomas de menos de 5 mm que infiltran el parénquima cerebral en forma difusa y se manifiestan por trastornos cognitivos de evolución insidiosa. Su visualización requiere RNM contrastada. Radiológicamente los tuberculomas se observan en TAC como masas iso o ligeramente hiperdensas que toman el contraste en forma de anillo.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con abscesos y tumores.

El tratamiento es médico reservando la cirugía para casos con severo efecto de masa.

RADICULO MIELOPATIA TBC:

Esta denominación se aplica a la afectación de las meninges espinales y secundariamente médula y raíces espinales por TBC. Puede ser primaria (la meningitis espinal es la 1ª expresión de TBC en el SNC), secundaria a meningitis basilar o secundaria a TBC vertebral. Se produce una aracnoiditis y el exudado rodea a la médula y raíces, causando compresión e isquemia. Frecuentemente ocurre arteritis.

El cuadro clínico es de paraparesia, con compromiso mixto de médula y pluriradicular.

La extensión espinal de la meningitis basilar puede ocurrir semanas después de la enfermedad inicial y aún durante un tratamiento antituberculoso apropiado.

Los hallazgos de LCR son idénticos a la meningitis y la RNM puede mostrar toma de contraste peri o intramedular, expresión de aracnoiditis e isquemia respectivamente.

El tratamiento se hace con anti TBC y corticoides.

BIBLIOGRAFIA

- 1) TBC of the central nervous system. Traub M, Swasn and Oxbury. Clinical Neurology 96: 872-879.
- 2) Clinical and Radiographic findings in disseminated TBC of the brain. Fernet F. Neurology 43: 1427-1429, 1993.
- 3) Tuberculosis meningitis in the Southwest United States: A community-based study. Davis L. Neurology 43: 1775-1778, 1993.

UTILIDAD DE LA REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA (PCR) EN EL DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS

La incidencia por infecciones por mycobacterias ha aumentado en los últimos años en todo el mundo. Este incremento no es confinado a mycobacterium tuberculosis. Con el aumento de la incidencia del virus de la inmunodeficiencia humana (HIV) y la inmunodeficiencia asociada, enfermedades causadas por otras especies de mycobacterias, tales como: *M. avium*, *M. intracelulare* y *M. Kansasi*, han incrementado notablemente.

METODO	LIMITE DE DETECCION	SENSIBILIDAD
Examen directo	1 x 10 ⁷ bacilos/ml	50 %
Cultivo	1 x 10 ² / bacilos/ml	85 % - 90 %
PCR	1 x 10 ⁰ / bacilos/ml	90 % - 100 %

El diagnóstico rápido de infección por mycobacterias es crítico para la decisión del tratamiento de individuos afectados. Las especies difieren en su susceptibilidad al tratamiento con agentes antimicrobianos.

Los métodos tradicionales para el diagnóstico involucran el examen directo, el cultivo del microorganismo, seguido por la identificación bioquímica de la especie. El tiempo requerido para la obtención e identificación del mismo es de hasta dos meses.

El reciente desarrollo de técnicas moleculares, tales como: la hibridación de ácidos nucleicos para la detección RNA ribosomal (rRNA) de mycobacterias y elementos respectivos, ha acortado los tiempos requeridos para la identificación de 7 a 10 días.

El uso de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) puede disminuir aún más el tiempo de diagnóstico.

PCR es un método de amplificación enzimática in vitro de fragmentos conocidos de ADN por ciclos repetidos de síntesis, utilizando oligonu-

cleótidos específicos y una enzima termoestable denominada Taq. Polimerasa. Como resultado se obtiene una acumulación exponencial del fragmento de interés. La amplificación y subsecuente visualización del producto en gel de agarosa por electroforesis, pueden ser realizados en menos de 24 horas. Diferentes ensayos han sido desarrollados para la amplificación de DNA de mycobacterias por PCR. Estos emplean diferentes estrategias básicas y amplifican diversas secuencias.

Las estrategias empleadas incluyen:

- 1) Amplificación especie-específica (Ej. Mycobacterium TBC)
- 2) Amplificación de múltiples especies de mycobacterium seguida por una hibridación con

sondas específicas.

- 3) Amplificación con nested PCR (reamplificación del primer producto del PCR)

- 4) Amplificación de moléculas de rRNA.

La amplificación puede ser seguida de hibridación o no. Las secuencias del genoma de mycobacterium generalmente utilizadas son genes que codifican para proteína de 65 K Da, proteína 38 K Da, 16 ~S ribosomal (r.) RNA y elementos repetitivos altamente conservados.

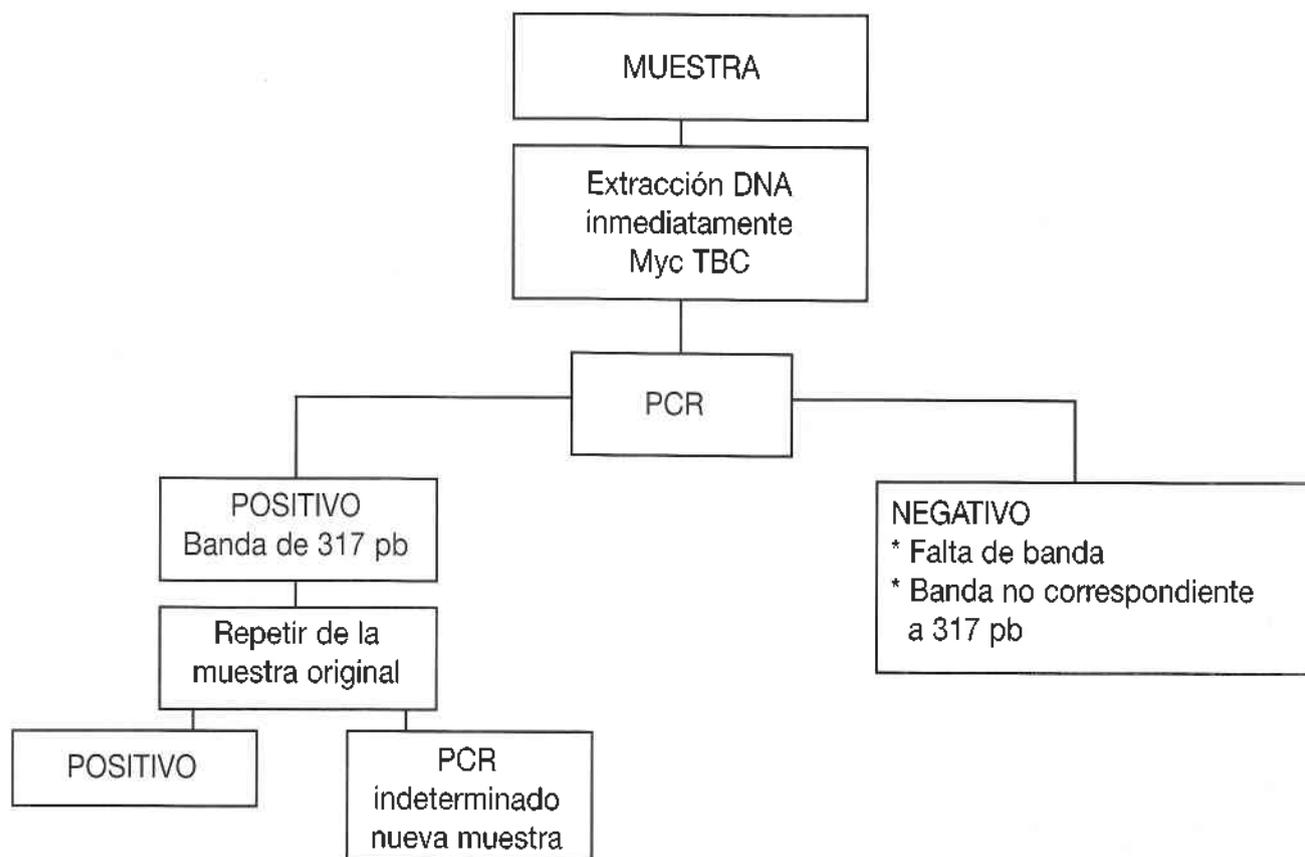
Amplificando una secuencia repetitiva de DNA, IS 6110, Eisenach et al. (1) demostraron la alta especificidad para el complejo mycobacterium tuberculosis. Una ventaja adicional del segmento IS 6110 es que mycobacterium tuberculosis, mycobacterium bovis, bacille Calmette-Guerin (BCG) difieren en el número de copias del elemento repetitivo por genoma y pueden ser diferenciados en los patrones de productos de amplificación. Esto es útil para cuando es necesario diferenciar una tuberculosis de una BCGitis.

La PCR se caracteriza por su alta sensibilidad, es la metodología de elección para muestras

biológicas que poseen bajo número de bacilos (paucibacilares) o bien, aquellas que poseen el microorganismo no viable como consecuencia del método utilizado para la extracción del material o por tratamiento antituberculoso. Se debe tener especial cuidado en el manejo de muestras y reactivos para evitar contaminaciones y resultados falso positivos.

Esta técnica tiene particular relevancia en la TBC extrapulmonar donde la recuperación de bacilos viables es dificultosa. En cambio, no estaría indicada en el seguimiento o monitoreo bacilar post-tratamiento.

A continuación describimos los pasos a seguir con la muestra en el laboratorio de biología molecular:



BIBLIOGRAFIA

- 1) Eisenach et al, J. Inf Dis 1990; 161:977-981.
- 2) Jiel, E; Clanidge, et al. Large Scale use of Polymerase Chain Reaction for Detection of Mycobacterium Tuberculosis in a Routin Mycobacteriology Laboratory J. Clin. Microb. 1993; 31:2049-2056.
- 3) Kaitwasser, G. et al; Enzimatic DNA Amplification (PCR) in the Diagnosis of Extrapulmonary Mycobacterium Tuberculosis Infection; Mol. Cel. Prob. 1993; 7:465-470.
- 4) Bouza, E. et al; Impact of the Human Immunodeficiency Virus Epidemic on detection of Mycobacterium Isolates Ing General Hospital; J. Clin. Microbiol. 1997; 35:1013-1015.
- 5) Smith, M. et al; Detection of Mycobacterium tuberculosis in BACTEC 12 B broth cultures by the Roche AMPLICOR PCR assay J. Clin. Microbiol. 1997; 35:900-902.

Admonicion que Esculapio hiciera en favor de su hijo que aspiraba a ser médico:

“No cuentes con agradecimientos, cuando el enfermo sana, la curación se debe a su robustez, si muere tú eres el que lo ha matado. Mientras él se siente enfermo o si se ve en peligro, te trata como un Dios, te suplica, te promete, te trata con halagos. No bien está en convalescencia ya le estorbas, cuando se trata de pagar los cuidados que le has prodigado, se enfada y te denigra. Cuanto más egoístas son los hombres, mas solicitud exigen. No cuentes con que ese oficio tan penoso te haga rico”.

Siempre que se trate de buscar una inspiración o un consejo, soy de aquellos que no dudarán nunca entre esa virgen que se llama conciencia y esa prostituta que se llama razón de estado.

Víctor Hugo

DISTIMIA EN PACIENTES EN DIALISIS

(Estudio de un caso)

RESUMEN

El presente trabajo aborda la problemática de uno de los desórdenes afectivos de mayor interés en las últimas dos décadas tanto para clínicos como para investigadores.

Se tomó como material de análisis un caso clínico en el que son claros tanto la sintomatología actual, como también la historia y los antecedentes, además de comorbilidad con otras patologías que a la hora de sistematizar descripción general, frecuencia, etiopatogenia, diagnóstico, detección y cuadros concomitantes revisten singular importancia.

Se aporta también puntualizaciones acerca de métodos complementarios de diagnóstico (su utilidad y alcances) y sobre la particularidad, de las distimias en pacientes dializados.

Palabras clave: Distimia - Diálisis.

SUMMARY

The present work approaches the issue of one of the two affective disorders of greatest interest in the last two decades not only for clinicians but for investigators as well.

To illustrate the previous issue we present a case vignette in which the current symptomatology, background, and comorbidity are clearly understood systematizing general description, frequency, etiopathology, diagnosis, detection and comorbid medical diseases are essential.

We appoint precise information about diagnosis complementary theses and features about dysthymia in patients on dialysis.

Key words: Dysthymia - Dialysis.

Dr. Jorge Richardson¹⁾ - Dr. Horacio R. López²⁾
Departamento de Medicina Interna -
Servicio de Psiquiatría. Hospital Privado.

CASO CLINICO

Paciente de sexo femenino de 29 años de edad, con graduación universitaria (fisioterapeuta), sin actividad laboral, que consulta por sentimiento de tristeza, falta de energía, importante disminución del apetito e insomnio. También motivan su consulta episodios de irritabilidad, ansiedad y sensación de inquietud interna que se vienen sucediendo desde comienzos del año 1996. Al momento de la consulta estábamos en el mes de marzo de 1996.

Sobre los antecedentes de esta sintomatología (desde cuando, forma de aparición, circunstancias, recorrido) pudo señalar que su estado de tristeza viene desde hace muchísimo tiempo, que seguramente comenzó cuando inició hemodiálisis (año 1982) o en los primeros años de este procedimiento: "nunca me acostumbré del todo". Dice que sintió mejoría en su calidad de vida cuando recibió trasplante renal (1984) pero que desde hace dos años, época en la que comienzan a acentuarse los problemas con su riñón trasplantado (año 1994 aproximadamente) su carácter se tornó más irritable, se dificultó su convivencia en el ámbito familiar, además de sentirse triste y apenada durante casi todo el día. Por otra parte, desde agosto de 1995 aparecen sentimientos de desesperanza, con francas ideas de ruina que se suman a la falta de energía, tristeza y -nos precisa mejor- la baja autoestima que cree que ha sido una constante a lo largo de su vida.

Entre sus antecedentes personales se destacan: nacimiento con parto normal y un peso al nacer de 3,040 kg y parietales separados. A los 6 meses de vida sufre un infarto intestinal-mesentérico (colon izquierdo). Esto ocasiona convulsiones generalizadas, anuria y comienzo de diálisis aguda con diagnóstico probable de síndrome urémico hemolítico recuperando parcialmente la función renal. A los 7

1 Jefe del Servicio de psiquiatría. Hospital Privado.

2 Médico psiquiatra del servicio de psiquiatría. Hospital Privado.

meses de edad repite las convulsiones tónico-clónicas. Al año y 4 meses sufre fractura de clavícula izquierda. A los 5 años se diagnostica disritmia cerebral y un año más tarde sufre una hepatitis viral, repite las convulsiones y presenta una crisis hipertensiva con edema de papila bilateral. A los 12 años de vida consulta al Servicio de Psiquiatría ante niveles importantes de ansiedad y actitudes hostiles. Como dato relevante el informe realizado en esa oportunidad expresa presencia de inseguridad, ambivalencia y tendencia a la dependencia. A los 14 años sufre la pérdida de la función renal y comienza tratamiento con hemodiálisis. Tres años más tarde ante una consulta a psiquiatría expresa depresión y dificultades para aceptar el tratamiento dialítico. Un año más tarde recibe un trasplante renal con donante cadavérico el cual funciona hasta los 29 años de edad en que debe recomenzar hemodiálisis debido a rechazo crónico del injerto. Entre otros trastornos presentó bocio, cataratas secundarias a corticoterapia, osteoporosis, gastritis, colestasis hepática. Consulta nuevamente a psiquiatra con síntomas y signos claramente depresivos y es tratada con moclobemida 150 a 300 mg/día en forma irregular.

Análisis del material clínico

Teniendo en cuenta el tipo y las características de la sintomatología expresada al momento de la consulta, considerando los antecedentes y haciendo incapié en el recorrido y evolución de ésta, podemos señalar que estamos ante la presencia de un trastorno del estado de ánimo (muy importantes en las referencias sobre el sentimiento de tristeza, la falta de energía, la habitual autoestima baja) de curso crónico, de bajo grado o de baja espectacularidad de la sintomatología, que lleva paulatinamente a niveles de deterioro (incapacitante). Este cuadro ha sido desde 1980 bastante bien definido y en la actualidad dos de los sistemas de clasificación utilizados en Psiquiatría, ya sea el DSM IV de la American Psychiatric Association o el CIE - 10 de la OMS lo definen con la categoría de **Distimia**, inclusive logrando compatibilidad y congruencia entre sí. (1)

Descripción general de la Distimia

Definida como un trastorno depresivo del estado de ánimo, suele comenzar antes de los 25 años (es posible que comience en la infancia o inicios de la adolescencia), pero también puede hacerlo en la edad adulta. Puede seguir un curso prolongado, con sintomatología leve, pero capaz de provocar problemas sociales y aumentar el riesgo de desarrollar trastornos psiquiátricos concomitantes.

Esta levedad tiene que ver con el hecho de la dificultad para establecer límites entre el cuadro clínico en sí y el comportamiento habitual del paciente. El diagnóstico se basa más bien en las referencias del paciente y es fundamental la calidad de la entrevista clínica y la profundidad y alcances de la anamnesis.

En la infancia y adolescencia tiene la misma frecuencia en ambos sexos, en los adultos las mujeres tienen una probabilidad 2-3 veces mayor que los hombres. Para el DSM IV conviene distinguir entre los distímicos de inicio precoz (menos de 21 años) y de inicio tardío (más de 21 años). El riesgo de padecer distimia es importante entre quienes tienen familiares de primer grado con antecedentes de depresión. Su mayor prevalencia parece estar entre los adultos jóvenes. (18-24 años).

Frecuencia

En la actualidad los trastornos del estado de ánimo, distimia incluida, se consideran problemas de base común. Los datos aportados por el Area de Captación Epidemiológica (Epidemiologic Catchment Area, USA, 1985) del Instituto Nacional de Salud Mental de los EE.UU. (National Institute for Mental Health, NIMH) indicaban una tasa de prevalencia durante toda la vida del 3,1 % para la distimia en personas mayores de 18 años. (3)

Es habitual que la distimia no se detecte en virtud de dos razones:

1) Los distímicos presentan frecuentemente síntomas somáticos que desvían la atención del médico.

2) Los distímicos suelen presentar otros trastornos psiquiátricos superpuestos a la distimia (prevalencia de la distimia entre los pacientes psiquiátricos ambulatorios se estima entre 10-20 %).

ETIOPATOGENIA:

Existen múltiples factores interactuantes. Los factores genéticos pueden desempeñar un papel importante especialmente en la distimia de inicio precoz, en la cronicidad del trastorno y en los perjuicios sobre el desarrollo personal, Klein y col. (4) compararon distímicos con episodio depresivo mayor, resultando que los de inicio temprano tenían un 49 % de pacientes de primer grado con trastornos afectivos a diferencia del 29 % del grupo con episodio depresivo mayor, resultando que los de inicio temprano tenían un 49 % de pacientes de primer grado con trastornos afectivos a diferencia del 29 % del grupo con episodio depresivo mayor. El mismo autor en otro estudio (4) demostró que los de inicio temprano tienen significativamente más agregación familiar, más recaídas y peor pronóstico.

Los antecedentes familiares de trastornos anímicos entre familiares de primer grado, especialmente si el paciente es aún relativamente joven, deberían hacerlo sospechar la existencia subyacente de distimia.

Los factores biológicos considerados con firmeza tienen que ver con:

a) La polisomnigrafía ha permitido demostrar un acortamiento de la latencia REM y alteraciones del ritmo circadiano del dormir. (5)

b) La presencia de anomalías en el eje tiroideo TRH - TSH) de características similares a las encontradas en las depresiones mayores (5)

c) A diferencia de lo apuntado en años anteriores (Akiskal, 1994 (6) se tiende a desestimar el valor del test de la supresión de la dexametasona como indicador significativo para el diagnóstico.

Actualmente existen dos recursos útiles para el diagnóstico como el mapeo cerebral psiquiátrico y el aminograma urinario (6) El primero puede mostrar registros de exceso de ondas alfa bilaterales

y en los seguimientos posteriores (una vez iniciado el tratamiento psicofarmacológico) evidenciar normalización de los registros. De todas maneras la inespecificidad es importante. En el aminograma las características generales presentan niveles por debajo de los valores normales promedio, en especial la feniletilamina, ac. fenilacético, MHPG y serotonina que pueden complementarse con:

a) presencia de un exceso de catecolaminas periférica, en especial noradrenalina y adrenalina, interpretado por algunos autores como compensación hemodinámica y que clínicamente se expresa por tensión, ansiedad y agresividad, o bien,

b) casos que cursan depresiones de las catecolaminas.

La clave (a modo de forzada síntesis) estaría en la hiperactividad de la mono-amino-oxidasa (MAO) con predominio de la tipo A que actúa predominantemente sobre la serotonina y NA. (7)

Desde 1993 se sabe que los hijos de padres alcohólicos presentan índices de distimia mucho más elevados que sujetos equiparables en cuanto a la edad y sexo que manifestaban no tener padres alcohólicos (ECA, NIHM, USA, 1993) 3-8

La distimia tiene un riesgo aumentado ante la presencia de un trastorno de la personalidad y no se justifica la exclusión de encontrarse presente éste.

Los acontecimientos traumáticos aportan riesgo por el desarrollo de distimia. Pérdidas significativas, implicadas fundamentalmente en la distimia de inicio precoz o acontecimientos traumáticos que dañan la integridad física, pueden contribuir a un inicio insidioso de la distimia.

Detección y diagnóstico

Es más fácil sospechar su presencia cuando se conocen los trastornos psiquiátricos asociados (comorbilidad) y los pacientes más propensos a padecer la distimia. (3)

Criterios de diagnósticos: Líneas generales: cronicidad; "bajo perfil" y gravedad (deterioro

en el área social)

Criterios de inclusión: Durante los períodos depresivos, el paciente debe presentar al menos dos de los siguientes síntomas:

1. Poco apetito o voracidad.
2. Insomnio o hipersomnia.
3. Pérdida de energía o fatiga.
4. Disminución de la autoestima.
5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
6. Sentimientos de desesperanza.

Cuadros concomitantes

La depresión mayor es el cuadro que más a menudo la acompaña (tal es el caso de la paciente presentada en este artículo). Cuando un episodio depresivo mayor se superpone a la distimia hablamos de "depresión doble". Los distímicos padecen con frecuencia síntomas de ansiedad. Las crisis de angustia (ataques de pánico) constituyen el segundo cuadro comórbido más frecuente.

El consumo de alcohol entre los distímicos es elevado, con particularidad entre los adolescentes. En los últimos años esto se ha extendido al consumo de drogas legales e ilegales (distimia + abuso de sustancias = suicidio). En niños y adolescentes las manifestaciones de la distimia pasan por un estado de ánimo irritable y trastornos de conducta. En la persona mayor lo más relevante suele ser la falta de apetito, el insomnio y el desinterés.

Asociación entre diálisis y distimia

Existen estudios en la última década, que permiten señalar distintos factores interactuantes en la problemática psicosocial del paciente dializado y/o candidato a trasplante. (9) Al respecto conviene puntualizar: presencia de sintomatología afectiva diversa, disfunciones sexuales, ansiedad.

Pautas generales del tratamiento

Psicofarmacoterapia

Pueden utilizarse antidepresivos tricíclicos, IMAO (clásicos) o de los más actuales: IMAO reversibles e inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina. No existen estudios que avalen posicionar unos u otros en lugares preferenciales en relación a su eficacia, pero sí los dos últimos aportan menor incidencia de efectos adversos, de efectos colaterales y un mejor margen de seguridad.

Psicoterapia

- a) Terapia conductual
- b) Psicoterapia de insight dirigido.

BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association; Diagnostic Criteria from DSM-IV.
2. OMS. Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).
3. "Dysthymia"; Dysthymia Educational Program for Psychiatrica. WPA.
4. Klein DN, Clark DC, Dansky L, et al: Dysthymia in the offspring of parents with primary unipolar affective disorder. *J. Abnormal Psychol.* 1988; 97:265-74.
5. Klein DN, and Miller GA: Depressive personality. *Am J. Psych.* 150:11, 1993.
6. Fernández Labriola, R. y Kalina, E.: Veinte años de experiencia en estudios biológicos. Congreso Mundial de Río de Janeiro, WPA 1993.
7. Leonard, B.E.: The comparative pharmacology of new antidepressants. *J. Clin Psych.,* 1993, 54-11, suppl. 6-13.
8. Goldberg et al: Epidemiological observations on the concept of dysthymic disorder: Dysthymic Disorder. Royal College of Psychiatrists Gaskell 1990. Chapter 9: 104 (8)
9. Levy, NB; Psychological aspects of renal transplantation. *Psychosomatics;* 1994 Sept.-Oct. 35 (5), p. 427-33.

PREVENCION EN SALUD MENTAL INFANTIL ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO. IMPORTANCIA DEL DIAGNOSTICO PRECOZ DE LOS TRASTORNOS DEL DESARROLLO.

RESUMEN

En el presente trabajo se enfatiza la importancia del trabajo grupal e interdisciplinario como forma de abordaje para ejercer acciones de prevención en salud mental infantil.

La prevención debe estar presente desde el momento mismo en que en una pareja surge el deseo de tener un hijo. Para ello es necesario de una acción precoz y oportuna frente a las ansiedades que genera el niño ideal primero, el niño real después, las diferentes etapas por las que atraviesa a lo largo del neurodesarrollo y las posibles dificultades en la vinculación madre-hijo, padre-hijo. A partir del análisis de los factores de riesgo y de los trastornos de desarrollo podemos planificar el abordaje interdisciplinario que comprende los aspectos médicos, psicológicos y sociológicos que se integran en el "Niño Unico" el cual será abordado preventivamente en la consulta médico-psicológica, la cual es utilizada como recurso esencial en salud mental infantil.

Palabras clave: Salud mental infantil - Abordaje interdisciplinario.

SUMMARY

The present paper emphasizes the importance of groupal and interdisciplinary work as an approach towards prevention in infantile mental health.

Prevention should start at the onset, at the time a couple wishes to have a baby, towards that objective a precocious action is mandatory when anxieties in reference to an ideal child at first, a real child afterwards and through neurologic development, different stages, possible difficulties in the attachment mother-child, father-child may occur.

Considering de risk factors and the problems of development, is possible to organize an in-

Dra. Clyde Capolongo de Herreros ⁽¹⁾, Lic. María Teresa Pomes ⁽²⁾, Lic. María Susana Atena ⁽³⁾ y Dra. Lucía Alippi ⁽⁴⁾.
Servicio de Psiquiatría y Psicología Médica.
Hospital Privado

terdisciplinary approach taking in account medical, sociologic and psicologic aspec integrated in a "simple child" a preventive approach in the psycho-medical consult, is a fundamental tool in mental health.

Key words: Infantile mental health - Interdisciplinary approach.

INTRODUCCION

En el hospital general de alta complejidad, se dan las condiciones adecuadas para tratar los trastornos del desarrollo, trastornos emocionales, asociados a enfermedad médica o a trastornos psicosociales, previniendo de este modo cronificaciones o complicaciones estables. Sin embargo es frecuente que la consulta con los especialistas se efectúe tardíamente, cuando el sufrimiento psíquico se traduce en trastornos del neurodesarrollo, psicósomáticos o de la vida de relación.

La prevención en salud mental integral, requiere del trabajo en grupo, de la preocupación y dedicación de todos los profesionales que desde las distintas disciplinas o especialidades médicas, están cerca de los niños y su familia, conociendo así su historia.

La prevención comienza a ser oportuna desde el momento en que los adultos se interrogan acerca del deseo de tener un hijo o con la existencia del mismo. Por ello, operar preventivamente está ligado a las intervenciones precoces, en las consultas con motivo de planificación familiar, esterilidad, fecundación asistida, consulta genética, adopción, seguimiento de embarazos ya sean estos normales o de alto riesgo.

1, 2, 3 y 4 Miembros del Servicio de Psiquiatría y Psicología Médica del Hospital Privado

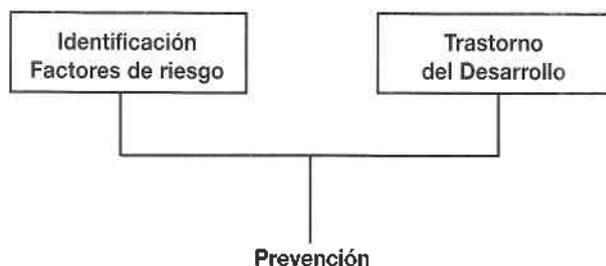
La espera y nacimiento de un niño encierran una serie de expectativas, temores y ansiedades que merecen una especial atención. El cuidado del recién nacido o de un niño pequeño implican a veces situaciones críticas, en la vida de una familia. Cuando el recién nacido o el niño pequeño presenta dificultades (prematurez, alto riesgo, enfermedades congénitas, genéticas o patologías secuelas), la prevención y asistencia se convierten en una realidad indisociable que requiere de un abordaje interdisciplinario.

Es frecuente que en una historia clínica sólo queden registrados los parámetros físicos de salud neonatal sin las referencias a otros parámetros socioambientales que encierran los primeros indicadores de la capacidad o vulnerabilidad del recién nacido para adaptarse a la vida.

Las dificultades en la vinculación inicial madre-hijo, madre-padre-hijo, se ponen de manifiesto desde el momento de la concepción, se evidencian con el nacimiento y a través de una variada sintomatología durante la niñez y vida adulta.

Los principales acontecimientos en el desarrollo neuropsíquico, lactancia, sueño, marcha, lenguaje, control de esfínteres, escolaridad, requieren de un seguimiento especial. Cuando se presentan dificultades es fundamental no sólo excluir el compromiso orgánico sino también profundizar en la incidencia de la dinámica familiar y la presencia de otros factores.

La observación de estos datos en forma minuciosa, con el fin de integrarlos en las conductas de vinculación temprana madre-hijo, tienen una riqueza clínica de capital importancia para la detección precoz y psicoprofilaxis de distintos conflictos.



Factores de Riesgo

1 - Problemas relativos a la enfermedad física y el mundo médico.

- Prematurez.
- Internaciones precoces.
- Internaciones quirúrgicas.
- Enfermedades heredofamiliares.
- Enfermedades congénitas.
- Enfermedades crónicas que suponen tratamiento e internaciones reiteradas.
- Enfermedades agudas y secuelas.
- Accidentes.
- Déficit sensorial.
- Discapacidad motora.

2 - Problemas relativos al grupo primario de apoyo

- Separación o divorcio de los padres.
- Violencia familiar.
- Enfermedad invalidante.
- Fallecimiento de uno de los padres o familiar implicado en la crianza.
- Alejamiento o abandono de parte de uno de los padres.
- Cambio de hogar o residencia.
- Abuso sexual. Maltrato físico. Otras.
- Disciplina inadecuada - Caótica.
- Conflictos graves con hermanos.
- Nacimiento de un hermano.
- Embarazos de adolescentes - Madres solas.

3 - Problemas relativos al ambiente social.

- Adopción.
- Fallecimiento de un amigo o compañero.
- Apoyo social inadecuado.

4 - Problemas relativos a la enseñanza.

- Dificultades en la integración en los distintos niveles de enseñanza.
- Dificultades en la escolarización normal.

5 - Otros problemas psicosociales o ambientales.

- Exposición a desastres, hostilidades y conflictos sociales.
- Exposición o la interacción con el sistema legal o el crimen.

Trastornos del desarrollo

* Específicos:

Motores

Del lenguaje

Académicos

* Generalizados.

* Retraso mental.

* Trastornos por ansiedad.

* T.D.A.H.

* Trastornos emocionales.

* Enfermedades o trastornos psicosociales.

* Otros.

Interdisciplina

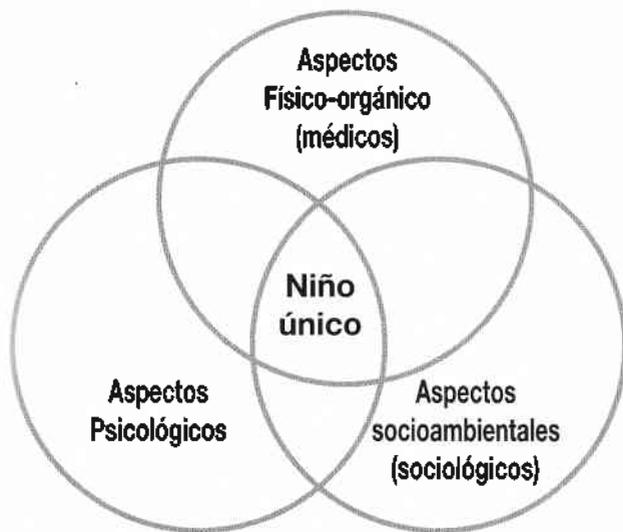
Lo que fundamenta la diferencia entre trabajo multidisciplinario e interdisciplinario es el nivel de integración de las disciplinas. El primero solo exige recurrir a dos varias disciplinas que yuxtapongan sus resultados, en cambio la interdisciplina requiere una coordinación de esfuerzos más avanzada, impulsada y supone integración de las investigaciones, emplea esquemas conceptuales y de análisis que se dan en varios campos del saber con el fin de

que converjan, tras compararlos y juzgarlos, en una integración conceptual.

Ferguson (2) en su seminario sobre interdisciplina dice "es reencuentro, diálogo científico y humano, es discusión y disputa amistosa, es articulación más que adición donde las disciplinas se respetan delimitando fronteras, entre las que existen puntos de contacto a modo de puente para lograr un abordaje integral".

Apostel y col. (1) nos dice "Por trabajo interdisciplinario se entiende, no sólo el trabajo realizado conjuntamente por expertos de diversas disciplinas, sino la cooperación orgánica entre los miembros de un equipo, que implica la voluntad de elaborar un marco más general en el que las disciplinas especializadas son a la vez modificadas e integradas unas a otras. El trabajo interdisciplinario implica una verdadera colaboración entre especialistas de las diversas disciplinas formando una unidad de relaciones y acciones recíprocas, donde las mismas se interpenetran constantemente siendo siempre su objetivo un objetivo de acción".

Es importante destacar que el trabajo interdisciplinario no implica borramiento o desdibujamiento de las fronteras disciplinarias (temor que albergan algunos profesionales al no tener claro este nuevo enfoque en relación a sus incumbencias y roles), sino que se posibilitan registros de lectura diferenciados y específicos que convergirían en un análisis exhaustivo del paciente en estudio. Este trabajo implica una verdadera colaboración entre los especialistas de diversas disciplinas formando una unidad de relaciones y acciones recíprocas donde las mismas se interpenetran constantemente, siendo siempre su objetivo un objetivo de acción, un objetivo construido, común. Es el abordaje integral del niño único.



A modo de conclusión.

A partir del concepto de niño único: entendiendo por tal la integración de aspectos bio-psico-sociales, se impone una modalidad de abordaje interdisciplinario.

La interdisciplina se instrumentaliza en la interconsulta médico-psicológica, recurso eficaz prevención en salud mental infantil.

BIBLIOGRAFIA

* Apostel I, Benoist J.M., Bottomore T.B., Dufrenne, Mommsen W.J., Morin E., Piatelli-Palmarini M., Smirnov S.N. y Uí J. "Interdisciplinariedad y Ciencias Humanas" De. Tecnos/UNESCO - Madrid 1983.

* Ferguson C.A. "Directions in sociolinguistics. Report on an interdisciplinary seminar".* Klaus - Kennell "La relación madre-hijo" Ed. Panamericana - 1985 - Capítulo I, IV y V.

* D.S.M. - IV - Ed. Masson 1995.

* D.W. Winnicott "La Familia y el desarrollo del Individuo" Editorial Paidós 1996. Pág. 47 y 301.

* D.W. Winnicott "Los procesos de maduración y el ámbito facilitador". Editorial Paidós - 1996. Páginas 85, 86 y 87.

Nadie es capaz de hacerle frente a un trabajo si no se siente competente; sin embargo, muchos piensan que son capaces de controlar al mas difícil de los trabajos: el gobierno.

Sócrates

ESTRATEGIA TERAPEUTICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA:

Terapia Física y Ocupacional

RESUMEN

La terapia física y ocupacional contribuyen en la mejoría de las incapacidades ocasionadas por la enfermedad.

Se describen los procedimientos físicos y sus efectos sobre la recuperación de la inmovilidad y la debilidad.

De la misma manera se analiza la terapia ocupacional con el objeto de lograr la protección articular y la conservación de la energía.

Se detallan las formas de aplicación de estos complementos terapéuticos.

Palabras clave: Artritis reumatoidea. Terapia física y ocupacional.

SUMMARY

The occupational and physical therapy gives a valuable effect to improve the incapacity produced for the rheumatoid arthritis.

The physical procedures and their good effects to recover the immobility and weakness is designed.

In the same way is analyzed the occupational therapy in order to obtain energy conservation and joint protection.

The application of this procedures are described.

Key words: Rheumatoid arthritis.
Physical and occupational therapy.

Lic. María Evangelina Amuchástegui ⁽¹⁾ -
Lic. Sonia Bartolillo ⁽¹⁾ - Lic. María Laura Frutos ⁽²⁾
Lic. Haydée Gigena ⁽¹⁾
Servicio de Terapia Física. Hospital Privado.

INTRODUCCION:

La artritis reumatoidea es la más común de las enfermedades reumáticas causante de discapacidad; pudiendo esta variar desde alteraciones mínimas a severas modificaciones de la actividad física. Uno de los mayores obstáculos que presenta, se relaciona con su curso crónico variable y difícil de predecir, ya que progresa con períodos de remisión y crisis repetidas que marcan la dificultad para definir y valorar su historia natural. (1) Si bien no se dispone de una terapéutica específica, muchos pacientes pueden beneficiarse de un enfoque amplio que abarque los aspectos médicos, quirúrgicos y de rehabilitación. (2)

El tratamiento se basa en los objetivos siguientes:

1. Educación y motivación.
2. Logro de una remisión a través de la supresión de la inflamación en las articulaciones y otros tejidos.
3. Mantenimiento de la función articular y prevención de las deformidades.
4. Reparación de la lesión articular si se pretende aliviar el dolor y facilitar la función. (2)

El paciente con artritis reumatoidea generalmente establece un círculo vicioso difícil de romper. La enfermedad produce dolor, el dolor causa la inmovilidad del segmento afectado, la inmovilidad causa debilidad. El uso de las articulaciones crea mayor dolor por la debilidad. (3)

Una variedad de técnicas se pueden indicar para lograr una mejor calidad de vida; lo importante es saber cómo, cuál y en qué momento de la en-

¹ Kinesiólogas integrantes del Servicio de Terapia Física.

² Terapista Ocupacional del Equipo de Terapia Ocupacional.

Cuadro Nº 1



fermedad se debe utilizar. (1) (Cuadro Nº 1)

Terapia Física

Haciendo mención específica del tratamiento fisiokinésico podemos fijar que las pautas principales en un estadio agudo son:

- Reposo: la inflamación articular puede disminuir por el reposo adecuado de las articulaciones afectadas. En ocasiones, llega a ser necesaria la hospitalización para imponer un estricto equilibrio de reposo y actividad que no se puede lograr con el paciente en su domicilio. (2)

- Ejercicios isométricos: (si no producen dolor) que mantengan la tonicidad muscular.

- Movilización pasiva para mantener las articulaciones libres.

- Cuidados posicionales: para evitar las posturas viciosas antálgicas. (5)

En un estadio subagudo la hidroterapia mediante la movilización de las articulaciones en el agua, brinda al paciente una oportunidad de realizar movimientos en un medio que no sólo posee flotabilidad para el cuerpo y sus miembros sino que permite a sí mismo el movimiento con un esfuerzo en tal medida menor que se pueden mover partes seriamente debilitadas. Aprovechando su temperatura, el calor del agua actúa relajando el cuerpo. Otro valor de la hidrogimnasia es de carácter psicológico: aún la más pequeña dosis de movimiento voluntario ayuda al paciente a mantener una imagen corporal de movimiento (4).

La hidroterapia, de acuerdo a nuestra experiencia, es el tratamiento de elección en los pacientes con artritis reumatoidea en los estadios subagudo y crónico, debido a los beneficios que brinda la piscina terapéutica.

En un estadio crónico, podemos hablar de un tratamiento kinésico convencional, en el que se intensifica la movilización, y la reeducación muscular mediante trabajo isométrico e isotónico. (5)

Enseñanza de un programa diario de mantenimiento a domicilio y educación del enfermo (toma de conciencia de los movimientos que lo pueden dañar) y un tratamiento recreacional, sugerimos este último creyendo en su mayor efectividad debido a que es más gratificante para el paciente.

Aprovechando el auge de la actividad física en este momento, y la amplia gama de actividades que nos ofrece, proponemos para el paciente con artritis reumatoidea realizar tareas que cumplan con estos objetivos como lo que favorece la formación física básica.

- Desarrollar las habilidades.
- Desarrollar las capacidades físicas funcionales.
- Aumentar la amplitud articular.
- Aumentar la flexibilidad.
- Mejorar la coordinación.
- Mejorar el equilibrio estático y dinámico.
- Mantener la fuerza muscular.
- Incrementar la resistencia.
- Aumentar la tolerancia a la fatiga.
- Ejercicios de relajación.

Esto se puede lograr con diferentes recursos:

- agua
 - música
 - elementos como pelotas, aros, bastones, globos.
- (6)

El principio más importante es que el esta-

do de una articulación no debe empeorar con el ejercicio.

Todas estas consideraciones deben efectuarse por debajo del umbral del dolor. Kinesioterapia suave, progresiva, en sesiones cortas y entrecortadas por períodos de reposo (visto el carácter asténico de la enfermedad). (5)

La reeducación debe adaptarse continuamente a las posibles nuevas lesiones y al estado evolutivo.

Terapia Ocupacional

El aporte de la Terapia Ocupacional en el tratamiento de la artritis, tiene como objetivo principal optimizar la habilidad para realizar las actividades de la vida diaria (AVD) para que el paciente pueda mantener el máximo nivel de independencia. Esto se instrumenta a través de dos consignas importantes que el paciente debe poner en práctica: la protección articular y la conservación de la energía. (7)

La protección articular se realiza teniendo en cuenta principios como:

- mantener la fuerza muscular y el rango de movimiento normal de la articulación.
- usar férulas u ortesis para proteger y proveer apoyo a las articulaciones afectadas (especialmente manos).
- usar un buen mecanismo corporal para la realización de tareas claves como: trasladar objetos, incorporarse, levantar cosas del piso, etc.
- evitar presión externa o fuerza de presión en dirección a la desviación cubital, entre otros.

La conservación de la energía requiere que el paciente aprenda a:

- balancear los períodos de actividad y descanso.
- planificar las actividades cotidianas de manera de distribuir la demanda de energía.
- modificar y descansar las posturas corporales durante una misma actividad.

- organizar la superficie y herramientas de trabajo y en el hogar. (ergonomía)

Cuando el servicio de reumatología deriva un paciente a terapia ocupacional, la evaluación abarcará, entre otros, estos importantes aspectos:

- AVD (alimentación, vestido, higiene, actividades del hogar, trabajo, etc.
- goniometría y dinamometría (fuerza) de MM.SS.
- necesidad de férulas, ortesis o adaptaciones en elementos de uso habitual (cubiertos, cepillo de dientes, etc.)

La planificación del tratamiento determinará cuando el paciente podrá beneficiarse con:

- programa para el hogar (cuadernillo de educación al paciente con respecto a la protección articular y conservación de la energía).
- confección de férulas de reposo para manos o de trabajo (sostén de muñeca).
- implementación de adaptaciones o ayudas técnicas como: elevador de inodoro, engrosadores de mangos, ayudas para vestirse, etc.

Esta modalidad de intervención, adonde la educación al paciente es de vital importancia, está acorde a las tendencias propuestas por importantes referentes en Europa y U.S.A (8)

De esta manera, terapia ocupacional se complementa con el trabajo de terapia física, al aprovechar la mejoría física del paciente para su independencia personal.

La rehabilitación considera al individuo como un ser único, complejo e irrepetible, por ello es un proceso global y diferente para cada individuo.

Su punto de partida debería ser, no la capacidad faltante o reducida sino, la que el individuo es, tiene y desea para sí y para su ámbito.

BIBLIOGRAFIA

1. Streit, B. Artritis Reumatoidea. *Rehabilitación Actual*. Conar '95. 1995 - 1:7.
2. Paget, S. Bryan, W. Artritis Reumatoidea. *Manual de Reumatología y Trastornos Ortopédicos Ambulatorios*. Diagnóstico y Terapéutica. Beary III, Cristian, C.L. et al. Salvat Editores. Barcelona 1984. 158.
3. Malick, M. *Manual of Management of Specific hand problems*. First Hand Therapy Teleconference. October 1984.
4. Stewart, J.B. Basmajian, J.V. *Ejercicios en el agua*. Terapéutica por el ejercicio. Basmajian, J.V. et al Editorial Panamericana. Buenos Aires 1991. 3ª edición 226-228.
5. Xhardez, I. *Reumatología*. Vademecum de Kinesioterapia. Técnicas, Patología e indicaciones de tratamiento. Editorial El Ateneo. Buenos Aires 1984. 297-298.
6. Schorr, A. Bidart Blum, M.C. Wornor, A.S. *Desarrollo de las capacidades de movimiento en pacientes con Artritis Reumatoidea*. *Reinserción* 1991; 9:32.
7. Barry, M.A. et al. *Effect of energy conservation and joint protection education in Rheumatoid Arthritis*. *Br. J. Rheumatol.* 1994, 33:1171-1174.
8. Semble, E.M. *Rheumatoid Arthritis: new approaches for its evaluation and management*. *Arch Phys. Med. Rehabil.* 1995, 76. 190-201.
9. Brighton, S.W. et al. *The effect of a long-term exercise programme on the rheumatoid hand*. *Br J. Rheumatol.* 1993. 32. 392-395.

LA PSIQUIATRIA DE FIN DEL SIGLO

Transcurría el año de mi internado en U.S.A., cuando al escribir a varias universidades con residencias en psiquiatría, por una posición, me pidieron entre otros requerimientos, cartas de recomendación de mis superiores. Como era natural le pedí al Director de Educación Médica de mi hospital, quien me respondió, para mi sorpresa, que eligiera cualquier otra especialidad ya que, psiquiatría no era seria y que en esta no se curaba a nadie.

Ahora, veinte años mas tarde, no puedo sino alegrarme de haber desoído su consejo, ya que han sido años plenos de fructífero trabajo y satisfacciones en un campo que se modifica permanentemente, con un presente lleno de promesas de que en los próximos años habrá desenvolvimientos muy significativos para explicar la patofisiología de los trastornos mentales.

Describiré brevemente a continuación algunos de los cambios producidos, el estado actual de nuestra práctica y las proyecciones y deberes a cumplir a corto plazo.

Por un lado se ha producido un gran avance en el refinamiento diagnóstico con el D.M.S. III editado en 1980 y sus actualizaciones hasta el D.M.S. IV (1) en 1994. Este es un manual que clasifica los trastornos mentales en síndromes, sin especificar etiología, con criterios operativos bien definidos y con diferentes ejes diagnósticos que describen el trastorno mayor que usualmente lleva al paciente a la consulta, rasgos de personalidad predisponentes, factores médicos contribuyentes, eventos adversos y estresores en los meses previos y nivel de funcionamiento alcanzado en el último año, señalando la complejidad y la multicausalidad de los trastornos psiquiátricos.

Dr. Jorge Richardson *

Servicio de Psiquiatría. Hospital Privado.

Esto ha sido posible debido a varios factores entre los que podemos mencionar a los avances en la informática, sofisticación en las estadísticas, estudios epidemiológicos con el uso generalizado de cuestionarios y escalas que permiten analizar grandes muestras de pacientes o voluntarios, el tremendo avance de las neurociencias, incluyendo, biología molecular, neurofisiología, diagnóstico por imágenes, etc. y principalmente a la "disección" farmacológica separando grupos aparentemente homogéneos de pacientes por su respuesta clínica diferente.

Este perfeccionamiento en el diagnóstico ha hecho posible un lenguaje común que permite a clínicos e investigadores, psiquiatras y otros trabajadores de la salud mental o ciencias relacionadas entenderse, lo que parece un exceso simple pero no es un pequeño logro comparado con el panorama anterior.

Como ya adelantamos en el párrafo precedente, los importantes avances en el campo de las neurociencias está cambiando la forma como entendemos tanto los trastornos mentales como su tratamiento.

El cerebro es sin duda, el órgano más difícil de estudiar tanto por razones éticas y técnicas como por falta de modelos animales que puedan abarcar la complejidad de la conducta humana.

Así las explicaciones simplistas basadas en el aumento o disminución de neurotransmisores no explican algunos fenómenos como los prolongados pródromos de algunos trastornos, el tiempo de la latencia para su recuperación, la respuesta farmacológica y aun menos la resistencia o refractariedad a tratamientos que en teoría deberían ser exitosos.

Posteriormente los estudios se centraron en las adaptaciones en los receptores neuronales, primero cuando fueron mapeados y últimamente clonados. Estos cambios son modificando hacia arriba o hacia abajo la densidad y afinidad de estos (up or

* Jefe del Servicio de psiquiatría. Hospital Privado.

down regulation). Mas tarde se describieron los cambios de transducción post-sinápticos, la super familia de las proteínas G, su acción sobre el AMP cíclico y el fosfatidil inositol (segundos mensajeros) causando fosforilización de proteínas, abertura de canales de calcio y de sodio y finalmente cambios en la expresión genética de la neurona a través de cambios proteicos que mediados por el ARN mensajeros se traduce en modificaciones de los receptores neuronales.

Este concepto de plasticidad neuronal comienza a explicar mucho mejor a nivel celular la patofisiología de las enfermedades psiquiátricas lo que permitía tratamientos mas efectivos en un futuro cercano.

Respecto a esto diría que hasta hace unos quince años, la mayoría de la medicación psicotrópica fue descubierta casualmente y los paradigmas de investigación llevaban al desarrollo de compuestos semejantes mientras que en la actualidad se puede "hacer a medida" moléculas agonistas y antagonistas para las diferentes acciones o pasos mencionados previamente.

También es invaluable la contribución del diagnóstico por imágenes tanto anatómico y especialmente funcional que permite medir el flujo cerebral, como el SPECT, como el metabolismo cerebral en diferentes estadios de la patología, activando regiones específicas o a un señalando quien va a responder al tratamiento farmacológico antidepressivo como muestra un recipiente que mediante el estudio con PET scan y RMN predicen que un metabolismo anormal en la porción rostral del cíngulo (sistema límbico) a aquellos que no van a poder responder al tratamiento antidepressivo.

También debo mencionar el progreso en las psicoterapias, con el desarrollo de terapias breves, o específicas como la terapia cognitiva o la terapia interpersonal, ambas aparentemente mas efectivas que las terapias analíticas. De cualquier modo, su desarrollo queda empequeñecido comparado con el enorme progreso de las neurociencias y su aplicación a la psiquiatría.

Estos han sido esquemáticamente los progresos o cambios positivos; también habría que mencionar las tareas a realizar en los próximos años.

En primer lugar, que el acceso a un diagnóstico certero, que a menudo requiere métodos auxiliares bastante onerosos, se acerque, cada vez mas, a una cobertura universal.

En segundo lugar definir si el actual sistema categorico del diagnóstico es el acertado, o si un sistema dimensional de la patología no explicaría mejor lo que vemos diariamente en la práctica clínica.

Finalmente, poder comprender mas acabadamente las dos vías tanto la enfermedad como la recuperación a todos los niveles, desde lo químico, molecular, pasando por lo fisiológico, a lo cognitivo, lo psicológico y lo sociológico y viceversa. De esta manera se ampliará el arsenal de modalidades terapéuticas, ya que podremos actuar en uno o en varios niveles simultánea o sucesivamente.

BIBLIOGRAFIA

1. DSM IV. American psychiatric Association. 1994.
2. The Molecular Foundation of Psychiatry. Hyman & Nester. American Psychiatric Press. 1993.
3. Psychiatric News. Am. Psych. Assoc. 1997.
4. Neurotransmisores. Meunier-shvaloff, ed. Polemos 1994.
5. The time limited Psicoterapias. Review of Psychiatry Vol. 15 Ed. Dickstein-Riba - Oldham. Am. Psych. Press, 1996.
6. Recent advances in neuroscience relevant to psychiatry. Ibid.
7. Computers, the patient and the psychiatrist. Review of Psychiatry. Vol. 16 Ed. Dikstein - Riba - Oldham. 1997.

TEMAS DE ANGIOLOGIA

En este número de Experiencia Médica iniciamos la publicación de una serie de notas breves acerca del diagnóstico y tratamiento de procesos patológicos que pueden afectar a arterias, venas o linfáticos. Dichos procesos han sido seleccionados con criterios disímiles: algunos por su frecuencia, otros por su severidad y los demás por ser poco conocidos, o a menudo mal diagnosticados o tratados.

Intentaremos ser didácticos, lo que ocasionalmente nos obligará a ser dogmáticos. No repetiremos lo que puede encontrarse en textos actualizados. Enfatizaremos los aspectos prácticos del diagnóstico diferencial y del tratamiento, recurriendo a esquemas ramificados -mal llamados algoritmos- cuando ello sea posible, por estar convencidos de su utilidad.

Conviene mencionar que el contenido de estas notas refleja la práctica profesional de los autores en este lugar y en este momento. No se trata de ideas compartidas por todos los expertos, ni de preceptos inmutables. Deben ser considerados como una herramienta que puede ser descartada cuando aparezca otra mejor. Con el fin de perfeccionarlos contamos con la crítica de nuestros lectores que será siempre bienvenida, como lo serán preguntas y sugerencias.

I.) ACUFENO PUSATIL

A) Definición

Percepción de un ruido sincrónico con la contracción cardíaca.

B) Introducción

Sorprenderá a algunos la elección de este tema como el primero de nuestra serie, ya que no es un síntoma frecuente, y,

Dr. Alberto Achával ⁽¹⁾, Dr. Alejandro Avakian ⁽²⁾
Sección de Angiología - Hospital Privado

cuando ocurre, no siempre indica la presencia de un proceso amenazante. Lo seleccionamos porque: 1) Existe un desconocimiento generalizado -aún entre especialistas- acerca de sus causas. 2) Como consecuencia, los estudios complementarios son muchas veces mal indicados. 3) Puede constituir la primera expresión de una anormalidad grave. 4) Aun cuando así no sea, su repercusión sobre la esfera emocional de quien lo padece puede ser muy significativa y aun invalidante.

C) Clasificación

- 1) Subjetivo: Percibido sólo por el sujeto.
- 2) Objetivo: Percibido por un examinador.

Cuando es subjetivo y objetivo su causa puede ser identificada en casi la totalidad de los pacientes. Cuando es solamente subjetivo la etiología puede ser determinada entre la mitad y las tres cuartas partes de los casos.

D) Causas

- I) Tumores
 - 1) Glomus timpánico o yugular.
 - 2) Del hueso temporal: meningiomas, adenomas y hemangiomas.

II) ANORMALIDADES VASCULARES

1) Arteriales

- a) Congénitas: carótida interna aberrante, arteria estapedial persistente, malformaciones arterio-venosas cervicales o encefálicas.
- b) Adquiridas: estenosis, tortuosidad, disección o aneurisma de carótidas o vertebrales (extra o intracraneanas).

2) Venosas

- a) Congénitas: bulbo yugular alto, divertículo yugu-

¹ Jefe de la Sección Angiología. Hospital Privado.

² Fellow de la Sección Angiología. Hospital Privado.

lar o adelgazamiento del peñasco vecino al golfo de la yugular.

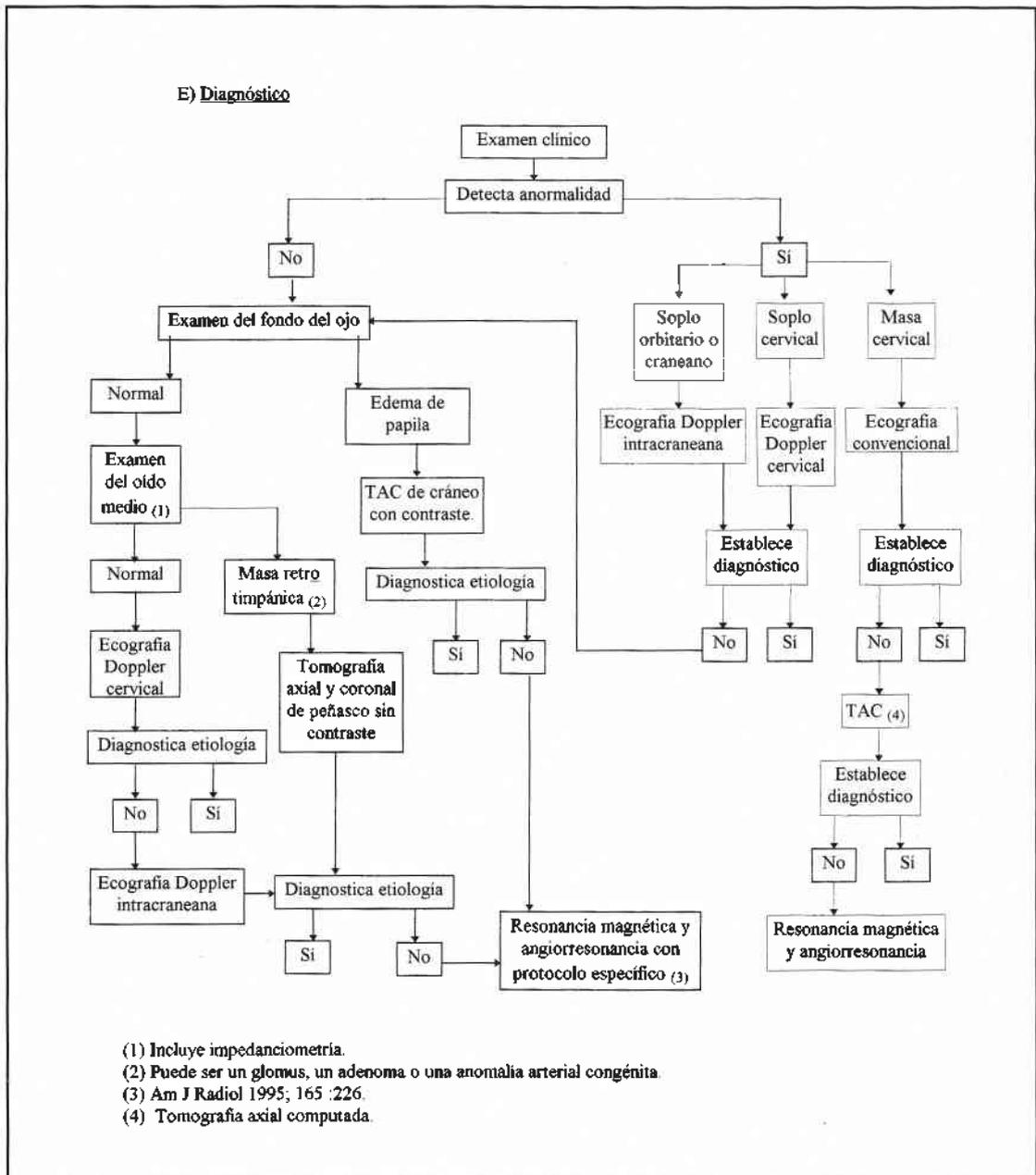
b) Adquiridas: estenosis del seno transverso, fístulas arterio-venosas cervicales o encefálicas.

III) HIPERTENSIÓN INTRACRANEANA PRIMITIVA (BENIGNA) O SECUNDARIA

IV) MISCELÁNEAS:

Síndrome menopáusico, ingesta de alcohol o de fármacos vasodilatadores, circulación hiperdinámica de cualquier etiología.

E) DIAGNOSTICO



Acerca de los procedimientos diagnósticos conviene mencionar que:

1) La TAC adolece de limitaciones para el fin propuesto; en caso de ser negativa, se debe requerir una RNM que es de mayor sensibilidad.

2) Quien lleve a cabo una RNM para diagnosticar un acúfeno pulsátil debe: a) Saber lo que está buscando. b) Estar al tanto de las investigaciones previamente realizadas. c) Saber cómo investigar el síntoma en cuestión para lo que conviene seguir un protocolo específico (Am J Radiol 1995; 165:226).

3) Los resultados de todo procedimiento ecográfico son dependientes de la pericia y dedicación del operador. Ello es aun más cierto para la ecografía Doppler: es fácil ignorar lo que está presente y percibir lo que no está. Esta no es una disciplina para autodidactas, ni para apresurados; la combinación de ambos rasgos puede producir resultados catastróficos.

4) El estudio de la circulación encefálica por ecografía Doppler requiere un largo entrenamiento, una dedicación intensiva y una amplia disponibilidad de tiempo. Si no se satisficieran estos requisitos los resultados podrían ser aleatorios.

F) Tratamiento

1) Indicarlo no es difícil habiéndose detectado la causa.

2) Cuando ella no pueda ser identificada se puede utilizar algunas medidas que reducen la percepción del acúfeno tales como: a) Bloqueantes β adrenérgicos. b) Fuentes alternativas de estímulos sonoros tales como reproductores portátiles de música.

3) La prescripción de tranquilizantes para un proceso crónico de esta naturaleza no puede ser recomendada por la posibilidad de efectos secundarios o adicción. En casos severos se debe indicar precozmente la consulta con un psicólogo o psiquiatra competente para diagnóstico y eventual terapia.

Agradecemos a los Dres.:
Santiago Orozco (Dpto. de imágenes)
y Raúl Busso (Servicio de ORL)
por sus sugerencias y asesoramientos.

*Los hombres son como los vinos:
la edad agría a los malos y mejora a los buenos.*

Cicerón

MIS PRIMEROS 60 AÑOS CON EL TORAX *

Ingresé a la Facultad de Medicina el año 1932, como un ejemplo mas de aquellos inmigrantes que tenían la ilusión de tener un hijo DOCTOR, especie de revancha, dando a sus hijos la educación a la que ellos no habían tenido acceso.

Fui un buen estudiante. Estando en 5º año en un plan de 7, el promedio de clasificaciones me otorgó una plaza de practicante en el Hospital Rawson. Era un verdadero privilegio. Sin embargo, me resultaba una difícil decisión por cuanto significaba cierta temeridad entrar "cama adentro" al hospital de enfermedades infecciosas. Me resonaba la respuesta de mi compañero de estudios cuando lo invité a seguir estudiando juntos. "Al Rawson, solo por teléfono", me contestó.

Razones económicas contribuyeron a no desperdiciar ese recurso para poder proseguir los estudios.

Me asignaron una sala de tuberculosos. El impacto fue deprimente. Se me figuraba una suerte de confinamiento riesgoso y de poca utilidad práctica, por tratarse de una monopatología.

Afortunadamente, esa decepción inicial se trocó en la insospechada circunstancia que me abrió la puerta al tórax y resultó mi futuro profesional. Era el año 1936, hace justamente 60 años.

La tuberculosis estaba en lo mas alto de su incidencia. Las bondades del clima de las sierras de Córdoba eran un atractivo que convirtió el Valle de Punilla en un verdadero sanatorio abierto, desde Alta Gracia hasta Capilla del Monte con su centro en Cosquín.

Esa densa población de enfermos dio pie a la prestigiosa Escuela de Tisiología que

Dr. Domingo S. Babini
Ex jefe de la Sección Cirugía de Torax
del Hospital Privado

tanto brillo dio a Córdoba y su Universidad bajo la conducción del Dr. Gumersindo Sayago.

La tuberculosis pulmonar fue la patología que dio nacimiento a la cirugía de tórax y por varios años, la única enfermedad tributaria de tratamiento quirúrgico. Fueron las operaciones de colapso, creadas para suplir el neumotórax artificial en aquellos enfermos que por síndis pleural, el neumotórax era impracticable.

Después de muchos intentos, se llega a la toracoplastia paravertebral de Sauerbruch, que consiste en la resección de un variado número de costillas para quitar el soporte óseo y producir el hundimiento de la pared con la consiguiente retracción pulmonar.

Ferdinand Sauerbruch, fue sin duda el cirujano de Europa mas sobresaliente de su época. Estaba dotado de un extraordinario impulso creador sellado por la intrepidez y el coraje. Su autobiografía es un clásico libro de lectura atrapante por los matices casi míticos de sus múltiples y encumbradas actividades. El Primer Congreso Panamericano de la Tuberculosis realizado en Córdoba en 1927, lo contó entre sus asistentes. Operó en el Hospital Misericordia una enferma ayudado por los Dres. Ernesto Romagosa y Fernando Torres. En agradecimiento le obsequiaron un monito. Refiere en su libro que le ocasionó muchos problemas en el viaje de regreso. Tanto el mono como su acompañante y discípulo, el después célebre cirujano Dr. Nissen, padecían de mal de mar y vomitaban simultáneamente. No sabía a quien atender primero.

La toracoplastia entró a la aplicación clínica en la 2da. década de este siglo y cabe a Córdoba el mérito de haber realizado las pri-

* Conferencia dictada en la Academia de Ciencias Médicas de Córdoba, en Agosto de 1996.

meras operaciones en el país. Fueron dos enfermos operados en el Hospital de Clínicas, en el servicio del Profesor Luis M. Allende. Su publicación titulada: "*Dos operaciones quirúrgicas en tuberculosis pulmonar*", por los Dres Gumersindo Sayago, médico interno y Juan Martín Allende, médico agregado, aparece en la Semana Médica N° 6 del año 1921.

Curiosamente no fueron cirujanos los que avanzaron en esta técnica. Fueron clínicos que desarrollaron la **tisiocirugía**, subespecialidad que identificaba a los tisiólogos que aprendieron las operaciones de colapso quirúrgico y tomaron a su cargo esta terapéutica.

Sayago, ya en plena formación de su Escuela Tisiológica en el Hospital T.C. de Allende, con el asesoramiento del Dr. Allende, creó allí un servicio de cirugía que pronto delegó al Dr. T. de Villafañe Lastra, también tisiólogo sin formación quirúrgica.

El Dr. Sayago era poseedor de una personalidad vigorosa y brillante, extraordinario organizador y conductor, inclinado desde muy joven a las ideas liberales por las que luchó desde estudiante. Fue uno de los firmantes de la proclama que declaraba la huelga estudiantil aquel 15 de Junio de 1918, con lo que estalló Reforma Universitaria.

Fue un pionero, apasionado impulsor de la Tisiología. Dado el volumen alcanzado por su Escuela y la magnitud del problema de la tuberculosis, la Universidad crea en el año 1937 la Cátedra e Instituto de Tisiología. El Rector al ponerlo a cargo de esas funciones, dijo entre otras ponderaciones: "*La Universidad que antes se distinguía por sus teólogos, ahora se distingue por sus tisiólogos*".

Se estaba todavía en esa incipiente etapa de la cirugía cuando ingresé al Hospital Rawson. Tuve suerte de entrar bajo las órdenes del Dr. Tomás de Villafañe Lastra, que era jefe

de sala y mas tarde director del Hospital.

El Dr. Villafañe Lastra era entonces el mas estrecho colaborador del Dr. Sayago y el mas prestigioso Tisiocirujano de nuestro medio. Allí pude satisfacer mis aspiraciones a la cirugía. Me convertí en su ayudante cuando acondicionó un espacio pomposamente llamado quirófano, para la creciente demanda que desbordaba la capacidad del Hospital T.C. de Allende, único servicio hospitalario donde se operaban tuberculosos.

El equipo fue integrado con el Dr. Luis Fernando Videla, tisiólogo del Hospital Misericordia y mas tarde se incorporaron los Dres. Javier García Faure y Angel Bai.

El Dr. Villafañe Lastra fue un mi primer maestro. Ejerció una verdadera paternidad sobre mi formación. De él aprendí mucho mas que medicina. Con su andar sereno, impregnado de sencillez y modestia, ejemplo de honestidad, transmitía con su natural generosidad el fruto de esa aguda inteligencia intuitiva en permanente lucha por la libertad y el progreso.

Apenas graduado me incorporó al Servicio de Cirugía del Hospital T. C. de Allende, sede de los recientemente creados Cátedra e Instituto de Tisiología.

Quedaron atrás tres años de practicante interno que rindieron valiosos frutos, equivalentes a las residencias actuales. Residíamos en un pabellón único con una extensa galería hacia los jardines interiores. Era el escenario de una alegre camaradería cargada de ocurrencias y anécdotas juveniles que nos deleita recordar.

Recuerdos que sólo son empañados por el destino de tres compañeros que enfermaron en el hospital: Enrique Marcet, fallecido 3 años después por tuberculosis pulmonar; Antonio Scarpello, fallecido en el hospital por laringotifus y Domingo Maina que sobrevivió a una muy severa tifoidea. Penosa inmolación que no

En el Sanatorio Santa María de Cosquín durante el Curso de Perfeccionamiento Tisiológico del año 1941



(1) C. Monzón (Paraguay) (2) R. Finocchietto (Bs. As.) (3) Armand Ugón (Uruguay) (4) G. Sayago (Córdoba) (5) A. de Asis (Brasil) (6) M. A. Vocos (Córdoba) (7) J. Gonzalez Aguilar (España) (8) T. de Villafañe Lastra (Córdoba) (9) O. Vaccarezza (Bs. As.) (10) A. Chattás (Córdoba) (11) D. Babini (Córdoba)

podemos olvidar.

En el Hospital T.C. de Allende me vinculé estrechamente al Dr. Sayago, cuya exuberante personalidad ejerció una significativa influencia sobre mi futuro profesional.

La cirugía estaba a cargo del Dr. Villafañe Lastra secundado por el Dr. Héctor Becerra, que mas tarde quedó a cargo del Servicio. Allí con las valiosas colaboraciones que en cada Curso de Perfeccionamiento traían los Dres. Ricardo Finocchietto y Oscar Vaccarezza, completé mi formación como tisiocirujano.

En los primeros tiempos y por varios años, se prefería la anestesia local, porque la general aumentaba los riesgos y agregaba un angustioso suspenso esperando el despertar del enfermo.

En la operación muchos pacientes, al estar despiertos se quejaban y retorcían. *"No te quejes tanto que se me achica la atropellada"*. *"No hagas tanta fuerza que se me llena todo*

de sangre". Eran recursos del Dr. Finocchietto para tranquilizar y animar al enfermo. Lo mas que conseguía era profundizar mi pena cuyo amargo recuerdo no me abandona. Nos cuesta ahora concebir el estoicismo con que soportaban semejante tortura.

Eran mutilaciones cruentas que dejaban profundas deformidades del tórax, con una definitiva disminución de la capacidad funcional respiratoria y una marcada escoliosis, visible delación del padecimiento.

Tenían un alto riesgo con una morbimortalidad elevada. Su indicación era una difícil disyuntiva para el enfermo, sobre la que Don Ramón, el enfermero encargado de cuidar los operados solía sentenciar: *"Es preferible vivir enfermo y no morir curado"*.

La relación médico-paciente en la práctica fisiológica tenía algunas particularidades. La asidua asistencia siempre muy prolongada ante un paciente con mas desesperanzas que esperanzas creaba una empatía solidaria que al decir de Cetrángolo, mantenía esa llama oscilante de la Fe que ayuda a mantener la vida cuando la enfermedad obliga a pensar en la muerte.

Con frecuencia llegaba una madre joven con hijos incluso lactantes, ante quienes procurábamos la manera menos traumática de anunciarles el inicio de un tremendo drama. La necesidad del aislamiento que significaba la separación de los hijos y todo el entorno familiar. Angustia que presuponía el frecuente epílogo: la disgregación definitiva de la familia.

Los enfermos se ligaban afectuosamente a su médico que terminaba tratando a un amigo mas que un paciente. Tengo numerosos padrinzagos de matrimonios y bautismos de hijos de ex tuberculosos.

La vida sanatorial cuya unidad de tiempo no eran los días o semanas, sino los semestres o años, siendo mas los que morían que los que se curaban, fue materia de inspiración para Tomás Mann en su clásica novela *"La Montaña Mágica"* y para Camilo José Cela en su libro *"Pabellón de Reposo"*, ambos premios Nobel y Literatura. Y, entre nosotros, Ulises Petit de Murat, en su novela *"El balcón hacia la muerte"*, que con la autoridad que le daba su propia convivencia con el bacilo, expone con cruda realidad la intimidad espiritual de los enfermos con sus oscilantes estados de ánimo, con alguna ilusión alternando con pesimismo y angustia ante un destino de desesperanza irreversible.

En las décadas de 1930 y 40 surgen casi simultáneamente dos acontecimientos científicos de tal trascendencia que producen pro-

fundos cambios en la medicina y cirugía.

Por un lado, el advenimiento de los antibióticos que sería ocioso ocuparme de su importancia. Sólo rescataré una expresión que escuché en Cosquín: *"Los tuberculostáticos cambiaron la detestable música de la tos, por la agradable melodía folclórica, impulsada por los mismos fisiólogos que quedaron sin pacientes. Y el Valle de Punilla pudo desarrollar el atractivo turístico que ofrece su serranía"*.

El otro acontecimiento fue la anestesia con intubación traqueal y respiración asistida que dio la posibilidad de operar el tórax a cielo abierto. Este fue el paso que venció el obstáculo de la presión negativa endotorácica que tanto postergó el desarrollo de esta cirugía.

El abordaje directo del contenido torácico era una técnica nueva que desplazó totalmente las operaciones de colpaso.

Muchos tisiocirujanos abandonaron y los que nos incorporamos a este espectacular avance, debimos iniciarnos como en otra especialidad quirúrgica, que poco nos ayudaba la experiencia de las operaciones toracoplásticas.

El mismo Villafañe Lastra abandonó la tisiocirugía y desde la Cátedra de enfermedades infecciosas, convirtió al Hospital Rawson en la prestigiosa Escuela de la especialidad que sigue desarrollando una muy destacada labor.

En estos momentos un inesperado acontecimiento político produjo la brusca suspensión de nuestras actividades.

Unos meses después del derrocamiento del Presidente Ramón S. Castillo, en el año 1943, un numeroso grupo de intelectuales seleccionados de las mas diversas actividades, dieron a publicidad un manifiesto solicitando solidaridad americana y democracia efectiva. La respuesta del gobierno de facto, fue la exoneración de todos los que ocupaban cargos oficiales. De Córdoba habían firmado Gumersin-

do Sayago, Juan Martín Allende, Oscar Orías y Antonio Navarro. La adhesión de todos los vinculados a esos jefes, merecimos la misma sanción.

Fueron momentos de intensas convulsiones con no pocas detenciones y exilios de aquellos que lideraban actitudes opositoras.

En lo profesional solo nos quedaba la práctica privada. Los tuberculosos hospitalarios quedaron sin especialistas y para paliar en parte esa abultada demanda, nos unimos los cesantes y se fundó el Centro de Asistencia Médico Social de la Tuberculosis, bajo la conducción del Dr. Sayago.

Era un dispensario gratuito que sosteníamos con nuestro aporte personal. Creíamos que sería una emergencia breve. Duró 12 años. Allí nació la primera utópica ilusión que culminó con la construcción del Hospital Privado.

Las nuevas autoridades del Hospital Rawson, suspendieron la cirugía y el T.C. de Allende quedó cargó del Dr. José F. Verna, tisiólogo del Sanatorio Santa María, quien emprendió la tisiocirugía con la colaboración de otros colegas.

Por nuestra parte la práctica quirúrgica quedó muy reducida y la realizábamos en los hospitales Español e Italiano, que nos favorecían con tarifas especiales.

Era la época en que se ponía en práctica la novedosa cirugía a cielo abierto. Para su aprendizaje hubo que viajar al extranjero.

En EE.UU. fueron mis maestros, Evarts Graham, Jefe de uno de los Servicios mejor cotizados después de ser el autor de la



Dr. Lázaro Langer

primera neumonectomía por cáncer con éxito, y John Alexander, el último tisiocirujano y primero que hizo la transición a la cirugía a cielo abierto.

Debo mi profundo agradecimiento por la atención especial que recibimos al ocupar el vacío dejado por los médicos incorporados al ejército, durante la guerra.

Después de casi tres años, regreso con una buena formación.

La situación política no había cambiado.

Me ligué al Dr. Lázaro

Langer, quien había regresado un año antes, trayendo entre los primeros, esta nueva técnica al país. Había estado 4 años en Boston con Richard Overholt, uno de los pioneros más destacados con importantes contribuciones a la nueva cirugía. Langer tuvo allí una muy brillante actuación, coronada como co-autor de uno de los primeros textos sobre *"La técnica de las resecciones pulmonares"*, que alcanzó una difusión universal traducido a numerosos idiomas incluido el japonés.

Ya antes de ese viaje había realizado en Córdoba la primera esofagectomía total por cáncer con la técnica de TOREK. E inmediato a su regreso daban nacimiento a la conocida técnica "Allende-Langer" para el tratamiento quirúrgico de quistes hidáticos del pulmón.

Con las directivas de Langer y la colaboración de los Dres. Antonio Juaneda y Ricardo Yofre, integramos un equipo en el Hospital Español identificado como Instituto del Tórax para dar vuelo a esta nueva cirugía de gran demanda por las posibilidades de tratar las pato-

logías intratorácicas, hasta hacía poco vedadas a su acceso.

La contribución del anestesista en esta nueva técnica es fundamental. El Profesor de Fisiología, Antonio Sartori fue quien trajo la novedad a Córdoba, seguido por los Dres. Collado Storni y Roberto Paganini, como pioneros en esta área.

Con el impulso arrollador del Dr. Langer, aquel tiempo en el Hospital Español fue de una intensa actividad, venciendo las dificultades propias de un centro privado con escasos recursos para un nuevo emprendimiento en tiempos sin residentes ni terapia intensiva.

Guardamos un grato recuerdo de ese entusiasta y optimista período de poner en práctica esta novedosa cirugía, que además nos daba tiempo para la docencia. Organizábamos cursos, conferencias, jornadas en distintos centros del país para dar difusión a las indicaciones, posibilidades y resultados de ese significativo progreso. Con ello se prefiguró lo que más tarde sería la Cátedra de Cirugía de Tórax y Cardiovascular.

Al poco tiempo surge un nuevo y sorprendente avance: la cirugía cardíaca, aquella de la primera etapa con anestesia convencional, cuando hasta hacía poco el corazón conservaba su condición de intocable. Se comenzó durante la guerra para extraer cuerpos extraños intracavitarios (trozos de proyectiles) y de allí avanzó al tratamiento de la estenosis mitral, la estenosis pulmonar y también ciertas comunicaciones intraauriculares.

Era difícil y de gran esfuerzo personal, implantar un procedimiento nuevo, de tan alta complejidad en un ambiente sin infraestructura adecuada, a lo que se agregaba la escasez de pacientes debido a la renuencia de muchos cardiólogos a aceptar estas indicaciones sobre cu-

yos resultados requerían más experiencia.

Se da entonces la coincidencia de una invitación que se le formula al Dr. Langer para implantar y poner en marcha un servicio de cirugía de tórax y cardiovascular en el flamante estado de Israel. Condiciona su convenio a que me aceptaran como asistente.

Un mar de dudas me costaron muchas noches de insomnio. Se me figuraba una aventura riesgosa en un ambiente agitado por la violencia y las secuelas de una guerra inconclusa, llena de peligros y privaciones, donde hasta podía sentirme incómodo o discriminado por mi condición de cristiano.

Todo se superó y en Enero de 1953, estábamos instalados en el Hospital Beilinson en las afueras de Tel Aviv.

Nos esperaba una tarea inmensa en un ambiente extraño y convulsionado. Eran momentos de una verdadera invasión de inmigrantes de los cinco continentes, con una alta incidencia de tuberculosis y cardiopatías reumáticas con valvulopatía mitral, especialmente los procedentes de Europa, por las condiciones vividas durante el nazismo. Mucha hidatidosis traída por los orientales, bronquiectasias y otras supuraciones pleuropulmonares, así como traumatismos, tumores y patología del esófago, acumulaban una urgente demanda que exigía un trabajo intenso con muchas preocupaciones y poco descanso.

Sentíamos la enorme responsabilidad de haber sido seleccionados, aparte de tener que justificar nuestro nombramiento ante el cuestionamiento de un cirujano del Ejército Israelí, que se había sentido desplazado. Así vemos, al dañino árbol de la rivalidad e intereses personales, germinar hasta en las arenas de Tierra Santa.

Nuestra mayor preocupación era dar comienzo a la cirugía cardíaca de la que tenía-

mos escasa experiencia práctica. El recelo de la inseguridad de un debut, nos infundía serios temores a los que se añadía la ansiosa expectativa despertada tras el anuncio de que por primera vez en Medio Oriente se iba a introducir un dedo en el corazón funcionando.

Nos fue bien. Nos sentíamos muy apoyados y nos proporcionaban todos los elementos tecnológicos requeridos. Se vivía al impulso de la tensa ansiedad de lograr la patria judía esperada desde milenios.

Al cabo de un año y medio quedó en marcha un servicio especializado en pleno desarrollo bajo la conducción del Dr. Jacobo Zimmerman designado para entrenarse con nosotros.

Mientras estábamos en Israel nuestro asociado Dr. Ricardo Yofre, después de un año con Rusell Brock en Londres, a la sazón, uno de los campeones de la cirugía cardíaca del momento, regresó al Hospital Español donde le cabe el mérito de haber realizado la primera comisurotomía mitral en Córdoba.

En cuanto a Langer y yo, regresamos de Israel, después de un año y medio con la valiosa cosecha de una experiencia masiva que compensaba con creces la esforzada tarea cumplida colocándonos en la avanzada de tan resonantes progresos.

A los pocos meses se revierte la situación política. Habían transcurrido 12 años desde nuestra cesantía, lapso que vivimos signados por la ilusión de tener un lugar de trabajo propio, independiente y ajeno a los avatares políticos. Después de dos lustros con escollos y dificultades de todo tipo, nació el Hospital Privado Centro Médico de Córdoba que sigue funcionando entre los principales centros privados del interior.

En 1955, tras el derrocamiento del General Perón, somos reincorporados a los servi-

cios oficiales. Las nuevas autoridades universitarias crean la Cátedra de Cirugía de Tórax y Cardiovascular con sede en el Hospital Córdoba. El Dr. Langer es nombrado Profesor Titular y el que habla, Profesor Adjunto. Completaba el personal, el Dr. Yofre como Docente Instructor.

Aparte del Servicio de la Cátedra en el Hospital Córdoba, el Dr. Antonio Juaneda retomó ya con las nuevas técnicas la cirugía del Hospital Misericordia, que había sido abandonada. En el Hospital T.C. de Allende, con la reincorporación del Dr. Sayago, se puso a cargo del Servicio de Cirugía al Dr. Angel Bai que venía de obtener un largo entrenamiento en EE.UU.

La muerte prematura de los Dres. Antonio Juaneda y Angel Bai privó a Córdoba de dos destacados especialistas en pleno auge de su actividad.

Merced a a extraordinaria capacidad como organizador del Dr. Langer, la Cátedra alcanzó rápidamente un desarrollo pleno con enseñanza de pre y post grado en un campo totalmente nuevo en el currículo de la carrera médica.

A poco andar aflora un espectacular procedimiento en este vertiginoso avance de la cirugía de tórax. Me refiero a la cirugía cardíaca con circulación extracorpórea. Su etapa inicial requería una pesada e ingrata preparación.

Se necesitaron dos años de trabajos experimentales con innumerables operaciones en perro realizadas bajo la conducción del Dr. Yofre, para poner a punto la máquina de corazón-pumón artificial. A mediados de la década de 1960 se inició su aplicación clínica. El elevado costo del comienzo de esta cirugía queda reflejado en una conferencia que el Prof. Mario Brea de Bs. As. dio en nuestra Cátedra sobre su experiencia inicial. Con su rigurosa honestidad

científica dijo que la mortalidad era tan elevada que debía ser considerada una mortandad. Felizmente fue un período muy breve que pronto pasó a dar grandes satisfacciones.

Además del Hospital Córdoba, se instalaron equipos de circulación extracorpórea en el Hospital de Clínicas, bajo la conducción del Dr. José Delfino y en el Hospital Privado con el Dr. Juan Carlos Suizer, de muy corta actuación y el Dr. Langer hasta su fallecimiento.

En el año 1967 fallece el Dr. Langer. Tenía 62 años. Fue uno de mis mas dolorosos pesares. Era un cirujano de firme vocación, impulsado al progreso, ansioso por los adelantos quirúrgicos, fue pionero con Overholt en la cirugía endotorácica, pionero en Israel, con la cirugía cardíaca y pionero en la Cátedra con la circulación extracorpórea.

Sabía que tenía las coronarias enfermas. Vivía inquieto esperando la creación de algún remedio. Parecía presentir que estaba a punto de aparecer. El mismo alcanzó a realizar algunos intentos como la ligadura de las mamas o la operación de Weinberg. Pero el destino le jugaría una ironía en su vida que hizo de la ironía una característica de su personalidad. Falleció el mismo año que Favalaro daba nacimiento al by pass aorto coronario con vena safena.

Quiero dejar expreso mi agradecido homenaje a quien debo lo mas sólido de mi formación quirúrgica que compartimos en una unión de estrecha amistad durante casi 20 años de trabajo conjunto.

Fui promovido a sucederle como Profesor Titular cuando ya la cirugía cardíaca había adquirido un volumen y una autonomía que se formaron equipos independientes.

Para esta rama, recibimos la invalorable contribución del Dr. René Favalaro que concurrió durante un año a enseñarnos la ex-

cepcional experiencia traída de los EE.UU.

Personalmente me desprendí de la cirugía cardiovascular. Mantuve mi trabajo en la cirugía torácica no cardíaca, ocupándonos además de la cirugía del esófago, cuyo tratamiento quirúrgico es considerado uno de los mas ingratos. Requiere grandes y complejas operaciones, con resultados muy magros.

Paralelamente di mayor impulso a la docencia, incluyendo la publicación de un texto para la Cátedra.

La cirugía cardíaca fue tomada por el Dr. Yofre, colaborador y amigo de siempre, quien abandonó la Cátedra para hacerse cargo de la cirugía de tórax del Hospital Familia Domingo Funes, que pasó a ser un policlínico como todos los otros hospitales para tuberculosos.

Guardo un reconfortante recuerdo de casi la mitad de estos 60 años, vividos en el Hospital Córdoba. Con la valiosa participación de los múltiples colaboradores, muchos de los cuales son existosos profesionales en su respectivos asentamientos, fue un período caracterizado por un firme impulso progresista en un marco de agradable cordialidad.

A todos ellos mi profundo y agradecido reconocimiento.

Actualmente continúo mi actividad regular en el Hospital Privado iniciada desde su inauguración.

Trabajo con mi asociado Dr. Ricardo Navarro, cirujano de excelentes condiciones y sólida formación, que me ha pasado al rango de "buen maestro" por ser uno de los discípulos que me ha superado.

Los recientes y resonantes adelantos como la cirugía videoscópica y el sorprendente trasplante pulmonar, se vienen realizando merced a su firme vocación y tesonero empuje.

Pareciera que hemos llegado al tope de las posibilidades. Lo mismo manifestaba Paget en su libro publicado hace justo 100 años, al tiempo que Billroth sentenciaba: aquel que se atreva a abordar quirúrgicamente al corazón, merecerá el desprecio de todos los cirujanos” ¿Qué podrían sentir si vieran a donde hemos llegado?

Yo estoy comenzando mis segundos 60 años. Si tomamos como parámetro lo evolucionado desde que nos temblaba la mano para legar una costilla, hasta el trasplante de corazón y pulmón, creo que no hay mente humana que pueda intentar predicciones.

La abrumadora tecnología, recién en el lado ascendente de la ola de posibilidades con las computadoras, la informática, la intercomunicación, la videoscopia, los trasplantes de órganos, la genética, la robótica, la cirugía intrauterina, la conquista espacial, la energía nuclear, la histoquímica, etc. etc. ¿quién puede concebir el futuro?

Todos estos vertiginosos e insospechados adelantos, sumados a la masificación y todavía precarias organizaciones socializadoras, están desplazando el factor fundamental de la práctica médica, cual es el factor humano.

A este respecto termino con la ayuda del Dr. Agustín G. Caeiro donde dice: *“Ni la técnica ni la masificación pueden deshumanizar el acto médico, como ahora lo hacen. El médico tiene que recibir una educación que estimule su amor pre-técnico vocacional y que le enseñen técnicamente junto con los métodos clásicos de la medicina organicista, los procedimientos que le permitan un conocimiento y un tratamiento objetivos de la persona integral de su enfermo, ayudándola a desarrollarse en plenitud”*.

Espero tener siempre suficiente firmeza y virtud para conservar lo que considero que es el mas envidiable de todos los títulos: el caracter de HOMBRE HONRADO.

George Washington

APRENDIZAJE

Tiene 16 meses de edad y desde hace 2 ya camina. Llevo días conviviendo con él y yo sin ocupación, porque estoy de vacaciones, observando sus diarios progresos; puedo en esta situación permanecer largo tiempo mirándolo jugar, moverse sin aparente sentido, quejarse, llorar y a veces escrutar con atención cualquier objeto.

Es raro que a esta actitud mía yo no la perciba como impavidez o simple pérdida de tiempo sino como algo útil que vale mucho la pena y deja satisfacción. De lo que sí estoy seguro es que él no me tiene en cuenta, me ignora casi siempre y muy ocasionalmente me dirige una de sus sonrisas tiernas y compradoras.

He visto en este tiempo como se ha desarrollado su motricidad y en especial su marcha que, al principio era titubeante y ahora es segura aún en el irregular terreno en el que le toca desplazarse.

Hace pocos días aprendió, no sin placer para él, cómo subir escalones de distinta altura y cómo explorar tal altura con sus pies o cuando la situación era difícil, tanteando con sus manos.

También he podido comprobar como ha hecho progresos caminando en inclinaciones y pendientes cada vez con menor dificultad.

Lo mas asombroso ha sido observarlo cuando usa las herramientas que me roba en el taller; pienso que por simple imitación pero, en tres intentos, descubrió como manejar un destornillador con los movimientos del mango y hasta intentar ubicar la ranura del tornillo; ni que hablar del martillo al que ya toma por donde se debe y de una llave de tubo con la que busca, por ahora infructuosamente, una tuerca.

Nada de esto lo aprende sin repetición ni previos errores y sin poner en cada maniobra la máxima atención que por ahora disperso cerebro, le permite.

Hace unos años leí un artículo donde se analizaban las características y la forma de aprendizaje de los métodos diagnósticos en medicina, tratando de fijar pautas para la adquisición de destrezas en el manejo de los mismos.

El autor clasificaba estos métodos en procedimientos "técnicos" (procedurals) o "cognitivos" (cognitives); los primeros se basan puramente en lo manual y el entrenamiento para realizarlos se adquiere como cualquier otra destreza, con observación, repetición, realización supervisada y finalmente independiente.

Los segundos se fundan en una determinada actividad manual que requiere observación directa y personal acompañada o seguida por un proceso racional para interpretar sus resultados.

Es obvio que el aprendizaje para la realización de estos últimos es más lento y necesita a veces prolongados períodos de entrenamiento con la ayuda de expertos y otros de "reciclaje" para actualizarse en sus progresos o nuevos desarrollos.

Después de observar en este tiempo al niño de 16 meses, no creo tan lúcida ni satisfactoria como antes esta estricta división en el carácter y el aprendizaje de los procedimientos diagnósticos en medicina.

Por los esfuerzos del niño deduzco que no es clara la separación entre lo meramente técnico y lo cognitivo; me impresiona mas bien que para aprender cualquier técnica se requiere adquisición de la habilidad manual sin

perder de vista la interpretación de lo que se está haciendo y de sus fines. Parecería entonces que todo lo técnico supone también un proceso cognitivo y viceversa; si no, no se puede explicar el destornillador y su movimiento sin comprender la función del tornillo y su efecto final de ajuste; lo mismo que la relación de la llave con la tuerca o la del escalón con el hecho de subir o bajar.

Me queda también la certeza de que ningún aprendizaje es definitivo y que el interés de aprender y progresar es un impulso incabable que siempre necesita de la ayuda y el apoyo de otros mas diestros o mas sabios.

He quedado también sorprendido de la velocidad del sistema nervioso del niño para desarrollar su motricidad y para aprender cosas que a un adulto le llevarían seguramente mas tiempo. Sería deseable poder disponer de la plasticidad de su cerebro para acortar el tiempo de aprendizaje de los procedimientos médicos diagnósticos y atemperar los errores que se cometen mientras se desarrollan las destrezas.

C.T.F.